



Universidade dos Açores

Departamento de Ciências de Educação

“O Erro na Aprendizagem Clínica dos Estudantes de Enfermagem”

**Percepções de Estudantes de Enfermagem em Aprendizagem Clínica sobre os
Erros Cometidos e o Papel que Desempenham na Aprendizagem e o no
Desenvolvimento**

I

Ana Paula Sousa Santos Espada

Orientadores:

Ermelindo Manuel Bernardo Peixoto

Isabel Maria Cogumbreiro Estrela Rego

Ponta Delgada, 2013



Universidade dos Açores

Departamento de Ciências de Educação

“O Erro na Aprendizagem Clínica dos Estudantes de Enfermagem”

Percepções de Estudantes de Enfermagem em Aprendizagem Clínica sobre os Erros Cometidos e o Papel que Desempenham na Aprendizagem e o no Desenvolvimento

I

Dissertação apresentada à Universidade dos Açores no âmbito das provas para a obtenção do grau de Doutor em Educação, na especialidade de Psicologia Educacional, orientada pelo Professor Doutor Ermelindo Manuel Bernardo Peixoto, Professor Catedrático do Departamento de Ciências de Educação da Universidade dos Açores e pela Professora Doutora Isabel Maria Cogumbreiro Estrela Rego, Professora Auxiliar do Departamento de Ciências de Educação da Universidade dos Açores

2013

Uma pessoa deve ser suficientemente nobre para admitir os seus erros,
suficientemente inteligente para aprender com eles,
e suficientemente forte para corrigi-los.
John C. Maxwell

Tarde o temprano algún sueño se cumple
Los errores (...) no hay distancias en el tiempo, las raíces van creciendo
Camilo Blanes Córtes

À minha mãe

Ao meu filho Diogo

Ao Jorge

À memória do meu pai e dos meus avós.

Agradecimentos

Aos meus orientadores, Professor Doutor Ermelindo Manuel Bernardo Peixoto e Professora Doutora Isabel Maria Cogumbreiro Estrela Rego, que aceitaram guiar-me neste percurso, pela orientação, apoio, disponibilidade, encorajamento, feedback, ou seja, por um processo de orientação centrado em princípios de pedagogia humanista e com favorecimento da minha aprendizagem com os erros.

Aos estudantes que participaram nas diversas fases deste trabalho, pela partilha, responsabilidade e colaboração.

A Camilo Blanes Cortés, pela inspiração que se transformou em força e encorajamento.

À Professora Doutora Suzana Caldeira que acolheu a ideia inicial deste trabalho e o apoiou desde o primeiro momento.

Ao Professor Doutor Osvaldo Dias Lopes da Silva, pelo apoio estatístico e encorajamento.

Ao Diogo Santos Silva, pela imprescindível colaboração nas várias fases de tratamento de dados estatísticos e na revisão de todo o trabalho escrito.

Ao Jorge Manuel Ribeiro Espada, pelo auxílio no tratamento estatístico de dados e na elaboração de gráficos.

Ao Mestre Márcio Filipe Moniz Tavares, pela colaboração na colheita de dados e por todo o apoio ao longo do trabalho.

À Directora da Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada, Mestre Leonor Melo, pela autorização para a colheita de dados.

Ao Mestre José Carlos dos Reis Lopes, pela colaboração na colheita de dados.

Aos colegas, docentes da Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada, que contribuíram para esta investigação.

Ao meu filho Diogo, por TUDO.

À minha mãe, por mais uma vez ser um apoio constante, e me ter estimulado desde a mais tenra idade a aprender e a saber mais.

À Professora Doutora Célia Carvalho, presente em todos os momentos significativos da minha vida.

À Liliana Amaro que soube ouvir e falar nos momentos adequados.

Aos meus netos, Rodrigo, Tiago e Gonçalo.

Aos amigos que souberam estar presentes e ausentes consoante as minhas necessidades, nos momentos de maior tranquilidade e naqueles de mais inquietude, que ouviram as minhas queixas e que comigo riram, que souberam ESTAR: Verónica Silva, Patrícia Ferreira, Márcio Tavares, Ana Vilão, Graça Gaio, Ana Isabel Rodrigues, Teresa Fernández, Susana Pacheco.

A todos os que, de algum modo, contribuíram para a concretização desta investigação.

Resumo

A investigação sobre os erros dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica é escassa e incide essencialmente em procedimentos psicomotores e de medicação, sendo a sua incidência na aprendizagem ainda mais rara. Porém, o seu estudo, tendo implicações para a segurança do cliente e para a consolidação das competências dos estudantes e, ainda, devido ao potencial de aprendizagem que encerra, é recomendado por autores e organizações como a Ordem dos Enfermeiros (2006) e o International Council of Nurses (2012). Esta dissertação teve como objectivo analisar os factores associados aos erros cometidos pelos estudantes de enfermagem durante a aprendizagem clínica, e as suas percepções relativamente a essas ocorrências e à oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento delas resultantes, seguindo uma abordagem integradora, baseada numa metodologia mista, de tipo convergente (Creswell & Clark, 2011). Os participantes eram estudantes da ESEnfPD em ensinamentos clínicos de contexto de cirurgia e de medicina. Na recolha de dados foram utilizados instrumentos e procedimentos quantitativos e qualitativos, que possibilitaram o estudo dos erros cometidos a partir de factores sócio-demográficos, escolares, disposicionais, de desenvolvimento e de auto-percepção de competências. Foram, ainda, estudadas as percepções acerca do papel do erro na aprendizagem e no desenvolvimento. Os resultados evidenciam que os erros de medicação são mais frequentes no 4º ano do que no 2º ano mas não são os mais reportados. Em primeiro lugar figuram os de execução dos cuidados de enfermagem, nomeadamente, os respeitantes ao cumprimento de normas estabelecidas, e, em segundo lugar, os referentes às competências transversais. O stress surgiu como causa e consequência dos erros cometidos. A influência da auto-eficácia geral percebida e do desenvolvimento moral manifestou-se em alguns tipos de erros, contrariamente ao locus de controlo. Por sua vez, as ocorrências registadas constituíram oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento, aumentando a atenção e contribuindo para uma menor reincidência do erro. Os factores facilitadores da aprendizagem centraram-se, em primeiro lugar, nos próprios estudantes, associando-se à reflexão sobre a acção, à transferência de conhecimentos e à solicitação de supervisão. No que concerne ao desenvolvimento do futuro do enfermeiro sobressai a consciência do erro e da complexidade dos cuidados de enfermagem.

Palavras-chave: erros; aprendizagem clínica; estudantes de enfermagem; aprendizagem com o erro.

Abstract

Research on the errors of nursing students in clinical learning is scarce and focuses on psychomotor procedures and medication and its incidence on learning is even scarcer. However, errors occur and should be studied as recommended by authors and organizations such as the Ordem dos Enfermeiros (2006) and the International Council of Nurses (2012), since they affect the protection of patients and influence the consolidation of students' skills. This dissertation purports to examine factors associated with students' mistakes during nursing clinical training, and with students' perceptions about their mistakes in this environment, including their perceived opportunities for learning and development ensuing from the errors they commit. The convergent model proposed by Creswell and Clark (2011) was used for the purpose of gathering data. Participants were students from Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada in surgery and medicine clinical training. Both quantitative and qualitative data were collected on the basis of the convergent methodology identified above. Socio-demographic, academic, dispositional, developmental and other factors relating to self-perceived competence and perceptions of the role of errors in learning and development were used in this study. Results show that medication errors are more frequent in 4th year than in 2nd year but they aren't the most commonly reported. Reported more frequently were mistakes in the implementation of nursing care, including compliance with established standards, followed by mistakes in the application of general skills. Stress was found to be both cause and a consequence of reported mistakes. Perceived general self-efficacy and levels of moral development were also found to be related with some types of errors, but not locus of control. Mistakes in themselves contributed to learning and development inasmuch as they were associated with greater student attention and with decreasing rates in the repetition of the same mistake. Enabling factors were centered primarily on students and explained on the basis of factors such as self-reflection, transfer of training abilities and the request of proper supervision. Insofar as contributions to the future development of nursing are concerned, mistakes tended to make students more aware of their errors and inaccuracies as well as of the overall complexities associated with nursing profession.

Keywords: errors; clinical learning, nursing students, learning with error

Índice

| | |
|--|-----------|
| Introdução | 1 |
| Capítulo 1 – Enquadramento Teórico..... | 7 |
| 1.1 O Ensino Clínico em Enfermagem | 8 |
| 1.2 O Erro em Aprendizagem Clínica do Estudante de Enfermagem como Agente Promotor da Aprendizagem e do Desenvolvimento | 15 |
| 1.3. A Influência de Alguns Factores Pessoais na Aprendizagem e no Desenvolvimento | 33 |
| 1.3.1 Percepção de auto-eficácia | 34 |
| 1.3.2 Locus de controlo | 38 |
| 1.3.3 Stress | 43 |
| 1.3.4 Desenvolvimento moral | 49 |
| 1.4 Definição da Finalidade do Estudo | 55 |
| Capítulo 2 – Metodologia | 57 |
| 2.1 Questões e Hipóteses de Investigação | 58 |
| 2.2 Factores em estudo e sua operacionalização | 61 |
| 2.3 Abordagem à Investigação | 66 |
| 2.4 Caracterização do contexto | 68 |
| 2.4.1 Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada (ESENfPD) | 68 |
| 2.4.2 Participantes | 70 |
| 2.5 Instrumentos de Recolha de Dados | 73 |
| 2.5.1 Instrumentos de recolha de dados quantitativos | 73 |
| 2.5.1.1 Escala de Auto-Eficácia Geral Percebida, de Schwarzer e Jerusalem (2003) | 74 |
| 2.5.1.2 Escala de Rotter | 75 |
| 2.5.1.3 Teste de Definir Valores Morais – DIT | 76 |
| 2.5.1.4 Beck e Srivastava Stress Inventory (BSSI) e situações geradoras de stress em aprendizagem clínica | 78 |
| 2.5.1.5 Questionário de auto-avaliação semanal | 80 |
| 2.5.2 Instrumentos de recolha de dados qualitativos | 80 |
| 2.5.2.1 Entrevista semi-estruturada | 81 |
| 2.6 Procedimentos de Recolha e de Tratamento de Dados | 81 |
| 2.6.1 Dados quantitativos | 82 |
| 2.6.2 Dados qualitativos | 83 |
| Capítulo 3 – Apresentação, Análise e Discussão de Dados | 92 |
| 3.1 A Ocorrência de Erro em Aprendizagem Clínica dos Estudantes de Enfermagem | 95 |
| 3.1.1 Percepção do que é um erro em aprendizagem clínica de enfermagem | 95 |
| 3.1.2 Os erros cometidos em aprendizagem clínica | 98 |
| 3.1.2.1 Erros na identificação de necessidades | 104 |
| 3.1.2.2 Erros no planeamento de cuidados | 105 |
| 3.1.2.3 Erros na execução dos cuidados de enfermagem | 106 |
| 3.1.2.4 Erros na avaliação dos cuidados de enfermagem | 109 |
| 3.1.2.5 Erros nas competências transversais | 110 |

| | |
|--|-----|
| 3.1.2.6 Erros de medicação | 112 |
| 3.1.2.7 Contexto de ocorrência dos erros | 114 |
| 3.2 Influência de Factores Sócio-demográficos, Escolares, Disposicionais, de Desenvolvimento e de Auto-percepção de Competências dos Estudantes de Enfermagem na Ocorrência de Erros durante a Aprendizagem Clínica | 117 |
| 3.2.1 Factores sócio-demográficos | 118 |
| 3.2.1.1 Género | 118 |
| 3.2.1.2 Idade | 120 |
| 3.2.1.3 Proveniência | 121 |
| 3.2.1.4 Residência | 122 |
| 3.2.1.5 Estado civil | 123 |
| 3.2.1.6 Existência de filhos | 124 |
| 3.2.1.7 Coabitabilidade | 124 |
| 3.2.1.8 Dependência financeira | 125 |
| 3.2.1.9 Grupo profissional do pai | 125 |
| 3.2.1.10 Grupo profissional da mãe | 126 |
| 3.2.1.11 Escolaridade do pai | 126 |
| 3.2.1.12 Escolaridade da mãe | 127 |
| 3.2.2 Factores escolares | 127 |
| 3.2.2.1 Estatuto de estudante trabalhador | 127 |
| 3.2.2.2 Média das classificações obtidas nas unidades curriculares que antecedem o ensino clínico | 129 |
| 3.2.2.3 Existência de unidades curriculares em atraso | 130 |
| 3.2.2.4 Repetência do ensino clínico em estudo | 132 |
| 3.2.2.5 Ocorrência de erro em ensino clínico anterior | 133 |
| 3.2.2.6 Ano de frequência | 133 |
| 3.2.2.7 Serviço onde decorreu o ensino clínico | 135 |
| 3.2.2.8 Classificação final obtida no ensino clínico | 140 |
| 3.2.3 Factores de auto-percepção das competências dos estudantes | 143 |
| 3.2.3.1- Auto-percepção das competências semanais | 143 |
| 3.2.4 Factores disposicionais | 147 |
| 3.2.4.1- Percepção de auto-eficácia generalizada | 147 |
| 3.2.4.2- Locus de controlo | 149 |
| 3.2.4.3- Níveis de stress | 151 |
| 3.2.5 Factores de desenvolvimento | 163 |
| 3.2.5.1- Desenvolvimento moral | 163 |
| 3.3- Percepções dos Estudantes de Enfermagem relativamente aos Erros que Cometeram em Aprendizagem Clínica | 167 |
| 3.3.1- Contributos para o erro | 167 |
| 3.3.2- Reacção do estudante perante o erro que cometeu | 194 |
| 3.3.3- Acções perante o erro cometido | 206 |
| 3.3.4- Consequências do erro para os intervenientes | 216 |
| 3.3.5- O que poderia ter evitado o erro | 220 |
| 3.3.6- Estratégias para evitar erros de medicação | 229 |
| 3.4 Percepções dos Estudantes de Enfermagem relativamente à Oportunidade de Aprendizagem e Desenvolvimento a partir dos Erros Cometidos em Aprendizagem Clínica | 235 |
| 3.4.1- O erro como oportunidade de aprendizagem | 235 |
| 3.4.2- Factores que facilitaram a aprendizagem com o erro | 240 |

| | |
|--|-----|
| 3.4.3- Actuação do supervisor para facilitar a aprendizagem com o erro | 246 |
| 3.4.4- Contributos para a aprendizagem e desenvolvimento | 251 |
| 3.4.5- O erro como factor dificultador e impeditivo da aprendizagem e do desenvolvimento | 267 |
| Conclusões e Limitações | 278 |
| Implicações do Estudo | 292 |
| Referências Bibliográficas | 300 |

ANEXOS (Volume II)

| |
|--|
| Anexo A. Ensinos Clínicos de acordo com o Plano de Estudos da ESEnfPD |
| Anexo B. Continuum de desenvolvimento do estudante de enfermagem |
| Anexo C. Desenvolvimento moral segundo Kohlberg (1976) e Rest (1986) |
| Anexo D. Ficha de avaliação das unidades curriculares de ensino clínico |
| Anexo E. Desenho de investigação mista tipo convergente e as acções neste estudo |
| Anexo F. Questionário para obtenção de dados sócio-demográficos e escolares |
| Anexo G. Escala de Auto-Eficácia Geral Percebida, de Schwarzer e Jerusalem (2003) |
| Anexo H. Escala I-E de Rotter |
| Anexo I. Teste de Definir Valores Morais (Defining Issues Test) |
| Anexo J. Beck e Srivastava Stress Inventory (antes e após a aprendizagem clínica) |
| Anexo K. Questionário de auto-avaliação semanal |
| Anexo L. Guião de entrevista |
| Anexo M. Pedido de autorização à Directora da ESEnfPD para a colheita de dados |
| Anexo N. Consentimento informado |
| Anexo O. Exemplo de transcrição de uma entrevista com a respectiva nota de campo |
| Anexo P. Codificação da Dimensão 1 “Percepções dos estudantes de enfermagem relativamente aos erros cometidos em aprendizagem clínica” |
| Anexo Q. Codificação da Dimensão 2 “Percepções dos estudantes de enfermagem relativamente à oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento a partir dos erros cometidos em aprendizagem clínica” |
| Anexo R. Exemplo de uma matriz de análise |
| Anexo S. Erros dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica segundo factores em estudo |
| Anexo T. Resultados das hipóteses |
| Anexo U. Primeira, segunda e terceira situação geradora de stress antes e após a aprendizagem clínica |
| Anexo V. Propostas de Guidelines (supervisão do estudante com prática insegura e supervisão do estudante que cometeu um erro) |

Índice de Quadros

| | |
|---|-----|
| Quadro | |
| 2.1 – Formulação de hipóteses de acordo com os factores em estudo | 59 |
| 2.1 A – Formulação de hipóteses de acordo com os factores em estudo | 60 |
| 2.2 – Caracterização dos participantes de acordo com a escolaridade do pai e a da mãe | 71 |
| 2.3 – Caracterização dos participantes de acordo com o serviço de aprendizagem clínica | 72 |
| 2.4 – Propriedades métricas do DIT | 78 |
| 3.1 – Percepção do que é um erro | 95 |
| 3.2 - Erros cometidos em aprendizagem clínica de acordo com a sua categorização e ano do curso | 100 |
| 3.3 – Erros dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica por categoria (questionários) | 101 |
| 3.4 – Correlações entre as dimensões de erros em aprendizagem clínica | 103 |
| 3.5 – Comparação entre os erros cometidos tendo em conta os factores sócio-demográficos, e escolares (teste Mann Whitney) | 118 |
| 3.6 – Erros dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica segundo o género | 118 |
| 3.7 – Erros dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica segundo escalões etários | 121 |
| 3.8 – Erros dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica segundo a proveniência | 121 |
| 3.9 – Erros dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica segundo a residência | 122 |
| 3.10 – Erros dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica segundo o estado civil | 123 |
| 3.11 – Erros dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica segundo a existência de filhos | 124 |
| 3.12 – Erros dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica segundo o estatuto de estudante trabalhador | 128 |
| 3.13 – Erros dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica segundo a média das classificações obtidas nas Unidades Curriculares que antecedem a aprendizagem clínica | 130 |
| 3.14 – Erros dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica segundo a existência de unidades curriculares em atraso | 131 |
| 3.15 – Erros dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica tendo em conta a repetência do ensino clínico em estudo | 132 |
| 3.16 – Erros dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica segundo a ocorrência de erro em ensino clínico anterior | 133 |
| 3.17 – Erros dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica segundo o ano de frequência | 134 |
| 3.18 – Erros dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica segundo o serviço onde decorreu o ensino clínico | 137 |
| 3.18 A – Erros dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica segundo o serviço onde decorreu o ensino clínico | 13 |

| | |
|--|-----|
| 3.18 B – Erros dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica segundo o serviço onde decorreu o ensino clínico | 139 |
| 3.19 – Erros dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica segundo a classificação obtida no ensino clínico | |
| 3.20 – Auto-percepção das competências na prestação de cuidados ao longo da aprendizagem clínica | 142 |
| 3.21 – Auto-eficácia generalizada antes e após a aprendizagem clínica ... | 144 |
| 3.22 – Níveis de stress antes e após a aprendizagem clínica | 147 |
| 3.23 – Contributos para o erro | 151 |
| 3.23A – Contributos para o erro | 169 |
| 3.24 – Reacção do estudante perante o erro que cometeu | 170 |
| 3.25 – Acções perante o erro cometido | 195 |
| 3.26 – O que poderia ter evitado o erro | 207 |
| 3.27 – Estratégias para evitar erros de medicação | 222 |
| 3.28 – Percepção de o erro cometido ter sido oportunidade de aprendizagem | 230 |
| 3.29 – Factores que facilitaram a aprendizagem com o erro (excepto os relacionados com o supervisor) | 236 |
| 3.30 – Actuação do supervisor para facilitar a aprendizagem com o erro | 241 |
| 3.31 – Contributos como pessoa | 246 |
| 3.32 – Contributos como futuro enfermeiro | 251 |
| 3.33 – Factores que dificultaram a aprendizagem com o erro | 256 |
| 3.34 – Motivos do erro ter sido impeditivo da aprendizagem | 268 |
| | 272 |

Índice de Figuras

Figura

| | |
|--|-----|
| 1.1 – Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais | 11 |
| 1.2 – Continuum de maturidade do estudante | 28 |
| 2.1 – Caracterização dos participantes de acordo com a média de classificação até ao início do ensino clínico | 72 |
| 2.2 – Caracterização dos participantes de acordo com a classificação do ensino clínico em estudo | 73 |
| 3.1 – Somatório dos erros cometidos em aprendizagem clínica de acordo com a sua categorização e ano do curso | 99 |
| 3.2 – Erros na identificação de necessidades | 104 |
| 3.3 – Erros de execução dos cuidados de enfermagem | 107 |
| 3.4 – Erros nas competências transversais | 110 |
| 3.5 – Total de erros cometidos de acordo com a sua categorização e semanas de aprendizagem clínica | 115 |
| 3.6 – Quem detectou o erro cometido pelo estudante de enfermagem em aprendizagem clínica | 116 |
| 3.7 – Médias da auto-percepção de todas as competências de prestação de cuidados ao longo da aprendizagem clínica | 145 |
| 3.8 – Médias da auto-percepção das competências na prestação de cuidados na aprendizagem clínica | 146 |
| 3.9 – Percentagem de estudantes que autopercepcionaram facilidade de desempenho ao longo da aprendizagem clínica | 146 |
| 3.10 - Comparação semanal da auto-percepção de facilidade com a totalidade de erros | 147 |
| 3.11 – Desenvolvimento moral antes e após a aprendizagem clínica | 163 |
| 3.12 – Contributos para o erro | 168 |
| 3.13 – Reacção do Estudante perante o erro que cometeu | 194 |
| 3.14 – Consequências do erro cometido para o estudante e para o enfermeiro | 216 |

Introdução

Todos os seres humanos erram. Só não erra quem não vive. Contudo, geralmente, os erros não são cómodos nem bem aceites. Mesmo assim, alguém que passe pela vida profissional sem cometer um erro é, mais provavelmente, a excepção do que a regra. Não devendo haver complacência, está precisamente na admissão, e não na ocultação, a possibilidade de aprender e desenvolver uma prática profissional segura.

Na enfermagem, em que o contacto e a responsabilidade com o bem-estar e a vida humana são uma constante, a ocorrência de erro é mal considerada e frequentemente atribuída a má prática. Arndt (1994) refere-se a uma investigação em que os enfermeiros¹ apontaram medo das reacções das chefias e dos pares como principal razão para não comunicarem os erros cometidos.

Se é assim na prática profissional, como será quando o indivíduo que erra ainda é estudante, tendo que prestar contas da sua prestação a clientes², professores, enfermeiros e colegas? É que desta prestação depende o seu sucesso académico, traduzido numa classificação final e a concretização do objectivo de terminar o curso e ser enfermeiro. Porém, como Wolf, Hicks e Serembus (2006) reconhecem, sabe-se pouco sobre os erros cometidos pelos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica.

Os erros nos cuidados de saúde, nos quais se incluem os de enfermagem, são responsáveis por mais mortes nos Estados Unidos do que qualquer outra causa, independentemente do contexto ser hospital, serviços comunitários ou residência dos clientes (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2009). Em Portugal, Mansoa (2010), reconhece que não existem dados mas que, citando Fragata e Martins (2004), se a tendência for a dos Estados Unidos, estima-se a existência entre 1330 e 2900 mortes anuais em consequência de erros de profissionais de saúde sendo os enfermeiros os mais responsáveis por efeitos adversos evitáveis por, essencialmente, constituírem uma parte significativa dos recursos humanos e serem os que estão mais tempo com os clientes. Os erros de medicação são frequentes nos hospitais e tem-se verificado que a negligência é responsável por cerca de um terço destas ocorrências (Thomas & Brennan, 2000; Tzeng,

¹ Designamos o profissional e o estudante de enfermagem de acordo com a regra geral da língua portuguesa, em que no plural ou no impessoal, se apresenta o género masculino. No caso de citações formais ou conceptuais, respeitaremos o referido pelo autor.

² Optamos pela designação de cliente ao indivíduo, família ou comunidade que é alvo dos cuidados de enfermagem. Tem na sua base pressupostos adoptados pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e pelo International Council of Nurses (ICN) e é o termo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). É um conceito de parceria, de papel activo e de troca entre o profissional e o beneficiário da intervenção (International Council of Nurses, 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Yin & Schneider, 2013). Os autores reconhecem que há mais segurança nos aviões do que nos hospitais e que os sistemas de saúde devem estabelecer regras de segurança como acontece na aviação ou nas indústrias químicas de modo a minimizar os erros e seus efeitos. Reconhecem que, não obstante a situação estar a um nível inaceitável, com danos sérios, apenas se conhece a ponta do iceberg; não existe uma taxionomia para a classificação dos erros e há falta de investigação, ainda que os de medicação sejam os mais estudados. Na sua perspectiva, pode aprender-se com estas ocorrências se se substituir a culpabilização pela prevenção, uma vez que penalizar não contribui para resolver o problema.

No nosso país foi igualmente reconhecido que os erros de medicação são os mais estudados em enfermagem (Lobo, 2008).

Como em todos os sistemas de segurança, os erros não têm génese numa única causa mas em múltiplas convergências. Reportando-se especificamente aos hospitais, todo o sistema é amplo e complexo e a segurança encontra-se na interacção de factores pessoais, instrumentais e processuais. Acarretam importantes implicações económicas e sociais como o aumento dos custos dos serviços de saúde devido a mais dias de internamento, tratamentos adicionais, absentismo laboral da pessoa lesada e falta de confiança no sistema de saúde e nos seus profissionais. Porém, existe o potencial de aprendizagem com o erro cuja ocorrência é mais frequente durante a formação profissional (Fragata & Martins, 2008). Os autores apresentam a seguinte tipologia: lapsos e enganos, em que nos primeiros o profissional sabe o que deve fazer, actua correctamente mas o resultado não é o esperado, enquanto no engano se trata de um erro mais concreto – nesta investigação é o alvo do estudo.

Existem vários conceitos de erro mas atendendo a que possui diferentes significados para disciplinas distintas (Silva, 2001), interessa-nos essencialmente os que se referem à prestação de cuidados de saúde em geral, à enfermagem em particular e, especificamente, aos estudantes de enfermagem

Para Fragata e Martins, em 2004, citados em Diz e Gomes (2008), o erro:

É sempre uma falha, não intencional, na realização de uma acção previamente planeada que faz com que não se atinja o resultado esperado. Os erros podem ser considerados o resultado de acções não

intencionais em que, por distração, por má aplicação de regras ou por má deliberação se falhou o plano (“erros honestos”). No entanto, os erros podem ter também a sua origem em violação de regras que são cometidas por imprudência, escolha deliberada de comportamentos de risco ou desobediência aos preceitos estabelecidos (“erros desonestos”). Deste modo, estamos perante uma negligência, e como tal, existe culpa imputável. (p. 6)

Para Kohn et al. (2009) o erro é a incapacidade de uma acção planeada ser concluída como pretendido (por exemplo, erro de execução) ou a utilização de um plano errado para atingir um objectivo (por exemplo, erro de planeamento).

O erro de enfermagem refere-se a enganos ocorridos durante os cuidados de enfermagem que resultam em dano para o cliente ou têm potencial para isso (Agency for Healthcare Research and Quality, 2003, citado por Diz & Gomes, 2008). Não encontramos conceito de erro relativo a estudantes de enfermagem mas, seguindo os conceitos anteriores, e atendendo à concepção de Silva (2001)³, definimo-lo como um desvio, mais ou menos claro, mais ou menos pronunciado, entre um determinado desempenho do estudante de enfermagem, que ocorre num determinado contexto e relativamente a um referencial de desempenho de cuidados previamente delineado com vista a desempenhar cuidados de enfermagem com intenções precisas.

O desempenho previamente delineado está presente nos conhecimentos e competências preconizados para o desempenho do estudante, plasmados no programa de cada unidade curricular de ensino clínico⁴, nas normas e procedimentos e na ficha de avaliação da aprendizagem clínica.

Há necessidade de investigar o erro nos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica de modo a estruturar processos de ensino/aprendizagem que permitam evitá-los, gerir as suas consequências quando acontecem, desenvolver uma atitude ética e aprender com a sua ocorrência (Berman, 2006; Brown, Neudorf, Poitras & Rodge,

³ Na sua tese de doutoramento, a autora, após uma vasta conceptualização filosófica, científica e pragmática, apresenta a sua definição de erro no ensino como “Erro é um *desvio*, mais ou menos *claro*, mais ou menos *pronunciado*, entre um *determinado desempenho docente*, que ocorre num *determinado contexto* e um *referencial de desempenho docente*, previamente delineado com vista a alcançar *intenções pedagógicas precisas*.” (p. 306)

⁴ Utilizamos o termo “ensino clínico” quando se referir à unidade curricular e “aprendizagem clínica” quando for relativo ao processo de ensino/aprendizagem do estudante.

2007). A Ordem dos Enfermeiros (2006) recomenda uma pedagogia que assuma uma postura positiva na sua análise, de modo a conhecer a realidade e melhorar os processos, numa cultura que não seja de punição.

Se atendermos ao afirmado por Silva (2001) relativamente aos erros, estará praticamente tudo por fazer, não existindo conhecimentos suficientes para uma abordagem sólida a este objecto de estudo. O nosso interesse por esta temática depara-se com uma vastidão de possibilidades de entrada na investigação para a qual formulámos o **objectivo** de “Analisar factores associados aos erros cometidos pelos estudantes de enfermagem durante a aprendizagem clínica, e as suas percepções relativamente a essas ocorrências e à oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento que lhes proporcionaram”. A **finalidade** é contribuir para a compreensão da complexidade da ocorrência de erros por parte dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica e da possibilidade de aprendizagem e desenvolvimento a partir dessas ocorrências e, eventualmente, iniciar uma linha de investigação que permita o conhecimento do fenómeno, de modo a estabelecer estratégias que possibilitem cuidados de enfermagem seguros e de excelência a partir da formação inicial.

Neste estudo, os factores associados à ocorrência de erro por parte dos estudantes de enfermagem são sócio-demográficos, escolares, disposicionais e de desenvolvimento, que são explicitados na revisão da literatura, Capítulo 1, onde também incluímos a possibilidade de promoção da aprendizagem e desenvolvimento com a ocorrência de erro.

Optámos por uma investigação de natureza mista, de tipo convergente, segundo a proposta de Creswell e Clark (2011), de modo a obter uma perspectiva integradora do assunto em estudo, o que expomos no Capítulo 2, iniciando com as questões e hipóteses de investigação e, depois, os factores em estudo com a respectiva operacionalização, a abordagem de investigação, a caracterização do contexto e os procedimentos de recolha e de análise de dados.

No Capítulo 3 apresentamos os resultados e discussão dos dados, a começar com as percepções dos estudantes relativamente aos erros cometidos em aprendizagem clínica, a influência dos factores: sócio-demográficos; escolares; de auto-percepção de competências; disposicionais; de desenvolvimento. Depois, expomos as percepções dos estudantes sobre os erros que cometeram em aprendizagem clínica, atendendo aos

contributos, às suas reacções perante a ocorrência, às acções cometidas e as que entendem que devem ser cometidas após um erro, às consequências para os intervenientes, o que poderia ter evitado o sucedido e estratégias para evitar erros de medicação. Finalmente, apresentamos as percepções dos participantes quanto à oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento com os erros que cometeram durante a aprendizagem clínica, o que inclui o evento como oportunidade de aprendizagem⁵, os factores que facilitaram essa aprendizagem, a actuação do supervisor nesse sentido, contributos concretamente percebidos para a aprendizagem e o desenvolvimento e o erro como factor dificultador e impeditivo da aprendizagem e do desenvolvimento.

Terminamos com as Conclusões, Limitações e Implicações, apresentando, por último, as Referências Bibliográficas. O volume 2 contém todos os anexos.

⁵ No âmbito do fenómeno em estudo e, por motivos semânticos, ao resultado do processo ensino/aprendizagem, nem sempre nos referimos a “aprendizagem e desenvolvimento”. Por este motivo, quando nos referirmos apenas a um, temos os dois aspectos indissociáveis em mente.

Capítulo 1

Enquadramento Teórico

Iniciamos com uma perspectiva da formação em enfermagem a partir do Processo de Bolonha, integrando-a no contexto da presente investigação. O percurso deste enquadramento teórico prossegue com o estudo do erro enquanto factor de aprendizagem e desenvolvimento na formação inicial do estudante de enfermagem. Neste âmbito, abordamos concepções sobre o ensino clínico da enfermagem e sobre o desenvolvimento pessoal e profissional do estudante desta área disciplinar e abrangemos o erro que sucede em aprendizagem clínica, cometido pelo estudante de enfermagem, como agente promotor da aprendizagem e do desenvolvimento.

1.1 - O Ensino Clínico em Enfermagem

O Processo de Bolonha trouxe oportunidades e desafios cuidadosamente estudados e analisados por várias entidades e grupos de trabalho portugueses dos quais destacamos o de d’Espiney, Paiva, Natividade, Figueiredo e Bento (2004) e que foi a base da implementação no ensino de enfermagem português, tendo como estratégia a auscultação de todos os envolvidos (docentes de enfermagem, Ordem dos Enfermeiros e Federação Nacional dos Estudantes de Enfermagem). O documento resultante atendeu aos desafios enfrentados e exigiu que a formação preparasse profissionais para prestarem cuidados de qualidade assentes em padrões de excelência num campo de intervenção próprio: a resposta humana aos problemas de saúde e aos processos de vida bem como as transições que os indivíduos, família e grupos enfrentam ao longo do ciclo vital.

O ensino de enfermagem estava integrado no ensino superior politécnico, com a formação inicial de quatro anos a conferir o grau de Licenciatura. Em Portugal, o Processo de Bolonha encontra, portanto, um contexto da formação em enfermagem muito diferente do existente na maioria dos países onde existia grande disparidade nos conteúdos, níveis de formação e âmbito académico. No nosso país defendeu-se que o 1º ciclo deveria continuar a preparar para a formação de profissionais autónomos, respeitando as exigências do perfil definido pela Ordem dos Enfermeiros para os enfermeiros de cuidados gerais, implicando a manutenção das características existentes pois apenas assim se asseguraria a formação para a prestação de cuidados de qualidade, alicerçada no desenvolvimento de competências críticas e reflexivas, de consciência ético-deontológica e de capacidade de assumir responsabilidades e tomar decisões, o

que não seria possível num curso com menos tempo. Estabeleceu-se, portanto, que tivesse a duração de oito semestres correspondentes a 240 ECTS.

Antes do Processo de Bolonha, a formação inicial em enfermagem em Portugal assentava num âmbito generalista com um único grau de qualificação, partindo de um corpo de conhecimentos partilhado por todos os enfermeiros, que atendia ao desenvolvimento dos estudantes nas suas dimensões pessoais e profissionais. O exercício profissional estava regulamentado pela Ordem dos Enfermeiros e por um conjunto de normas legais com base em directivas europeias (a Directiva 453/CEE transposta para o nosso país pelo Dec-Lei nº 320/87, de 27 de Agosto, esteve na base da Portaria 799-D/99, de 18 de Setembro; perfil de competências dos enfermeiros de cuidados gerais proposto pelo International Council of Nurses - ICN), o que facilitava a comparabilidade e a mobilidade dos profissionais formados em Portugal. Exigiam-se competências específicas e o eixo estruturante eram as competências transversais. A definição das competências do graduado do 1º ciclo de estudos baseou-se no projecto Tuning I, de convergência para o ensino superior na área de enfermagem.

Para facilitar a compreensão dos eixos estruturantes da profissão de enfermagem, nos quais a formação de enfermeiros assenta e nos meandros do qual está o erro, incluímos uma breve nota sobre o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), aprovado em 1993, e sobre a constituição da Ordem dos Enfermeiros, em 1998, e subsequente publicação do Código Deontológico dos Enfermeiros. Em Outubro de 2003 a Ordem dos Enfermeiros estabelece as competências do enfermeiro de cuidados gerais, onde consagra que o exercício profissional se centra “(...) na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)” (p. 49). Pessoa que cuida e pessoa(s) cuidada(s) possuem valores, crenças e desejos individuais que são diferentes consoante o percurso e os contextos de vida. Portanto, “no âmbito do seu exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite entender e respeitar os outros” (p. 47). A relação terapêutica entre enfermeiro e pessoa de quem cuida caracteriza-se por uma parceria, a qual é alargada, sempre que necessário e possível, à família e à comunidade.

A Ordem dos Enfermeiros esclarece que os cuidados de enfermagem têm

(...) por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e segue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação após a doença. Procura-se, também, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades de vida diária, bem como se procura a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente. (2003, pp. 49-50)

As competências do enfermeiro de cuidados gerais, aprovadas pelo Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2003), referem-se a um desempenho profissional que demonstra e mobiliza conhecimentos e capacidades incluindo o juízo clínico e a tomada de decisão. São agrupadas em três domínios: prática profissional, ética e legal; prestação e gestão de cuidados; desenvolvimento profissional. O primeiro domínio inclui responsabilidade, prática segundo a ética e prática legal. O segundo engloba a prestação de cuidados (promoção da saúde; colheita de dados; planeamento; execução; avaliação; comunicação; relações interpessoais)⁶ e a gestão de cuidados (ambiente seguro; cuidados de saúde interprofissionais; delegação e supervisão). Por sua vez, o terceiro domínio abrange a valorização profissional, a melhoria da qualidade e a formação contínua (Figura 1.1).

⁶ Estas competências estão na base do instrumento de avaliação dos ensinos clínicos da Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada (ESENfPD) e, nesta investigação, farão parte do instrumento de colheita de dados e do modelo de análise das competências/dificuldades auto-percepcionadas pelo estudante ao longo da aprendizagem clínica bem como dos erros cometidos.

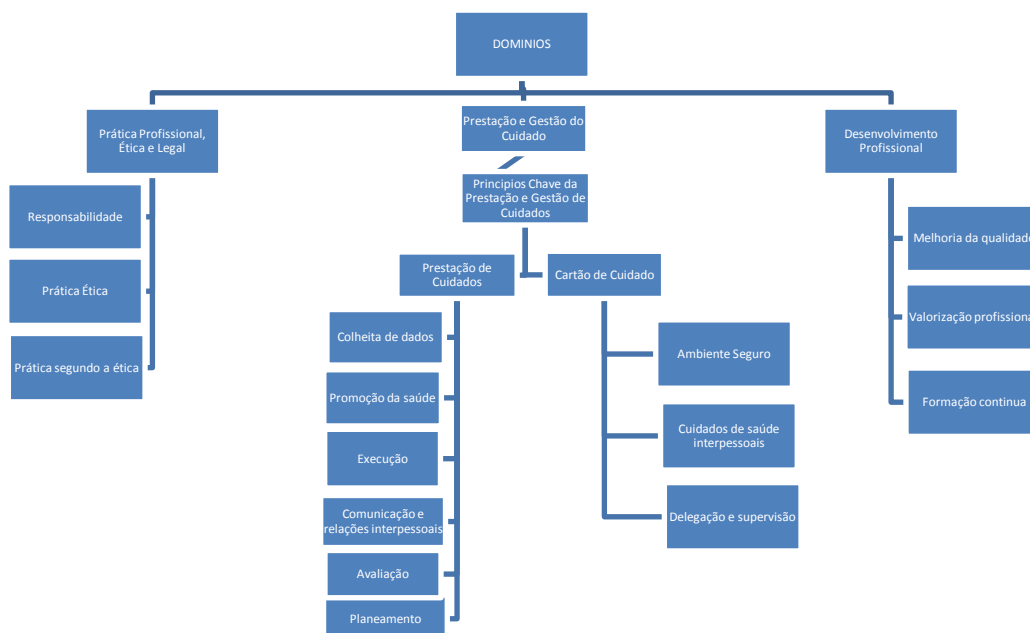


Figura 1.1 – Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais

Fonte: Ordem dos Enfermeiros, 2003

Em 2006, a Ordem dos Enfermeiros, com base no Código Deontológico e nas linhas estruturais que alicerçam a profissão, apresenta o documento intitulado “Tomada de Posição sobre a Segurança do Cliente”, demonstrando uma preocupação com os erros cometidos na prestação de cuidados, considerando-os “(...) uma fonte comum de risco reconhecido ainda que insuficientemente relatado” (p. 7). Daí, a falta de “(...) indicadores fiáveis para os erros e a severidade dos problemas de erro” (p. 7). No texto do referido documento declara-se ainda que uma “(...) clara identificação dos factores que levam ao aparecimento de erros é passo primeiro para os prevenir (...)” (p. 7). Ao incidir nos profissionais, esta posição reforça a necessidade de investigar a situação dos estudantes de enfermagem neste particular uma vez que toda a sua aprendizagem clínica, como veremos adiante, acontece em contexto real de prática de cuidados e é um processo de aquisição das diferentes competências referidas e de socialização na profissão.

Em Portugal, de modo geral, entende-se que o estudante de enfermagem se mantém no centro do processo ensino/aprendizagem e investe activamente no desenvolvimento das suas competências. Os planos de estudos têm como referência o perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais emanado pela Ordem dos Enfermeiros assim como as competências gerais e académicas definidas pelo curso, tais como estratégias que

fomentem competências de investigação com ênfase na reflexão crítica sobre as práticas. Com esta finalidade, surge o que possivelmente vem a ser a principal inovação do Processo de Bolonha no ensino de enfermagem: a distribuição dos tempos lectivos atendendo ao trabalho autónomo do estudante.

A Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada (ESEnfPD), contexto em que desenvolvemos a presente investigação, possui, à semelhança de quase todas as escolas de enfermagem portuguesas, uma estrutura da formação que assenta, desde o primeiro ano, na alternância entre períodos teóricos e de ensino clínico em que a um período de ensino teórico segue-se, geralmente, o correspondente ensino clínico onde o estudante mobiliza conhecimentos e capacidades em contexto real, o que caracteriza a aprendizagem pela experiência. No Anexo A apresentamos os ensinos clínicos de acordo com o Plano de Estudos da ESEnfPD.

O Regulamento Geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem, publicado na portaria nº 799-D/99, de 18 de Setembro estabelece que o ensino clínico se realiza nas unidades de saúde hospitalares e da comunidade com orientação de docentes em colaboração com pessoal de saúde devidamente qualificado. Por conseguinte, a ESEnfPD adopta o conceito de supervisão clínica em enfermagem tal como sucede no Reino Unido e países da Escandinávia bem como nos Estados Unidos (Melo & Lopes, 2013).

A importância do ensino clínico na formação inicial de enfermeiros é inquestionável. Gross, Aysse e Tracey (1993) citados por Santos (1995), designam-no como o "coração da formação em enfermagem" e sublinham que o facto de os enfermeiros aprenderem na prática real é tão importante que John Dewey o apresenta como exemplo na sua concepção da aprendizagem, a qual foi revolucionária e um marco no movimento da Escola Nova, porque colocava o estudante no centro da aprendizagem, desenvolvida a partir das suas próprias experiências. O ensino clínico proporciona experiências que aproximam a teoria da prática, sendo as suas características essenciais: a individualização do processo ensino/aprendizagem; o contacto privilegiado pessoa a pessoa; a relação entre a teoria e a prática, em situação real (Carvalho, 2005; Fernandes, 2006; Hosoda, 2006; Martin, 1991). É neste contexto de trabalho que o estudante tem a possibilidade de transformar conhecimentos, adquirir saberes práticos e processuais e integrar a teoria na prática (Abreu, 2003; Arries, 2009; Fonseca, 2006), bem como desenvolver competências e saberes ao confrontar-se com

problemas reais, em contextos concretos de trabalho, que lhe permitem agir de acordo com modelos que se alicerçam na relação interpessoal com clientes, familiares, enfermeiros dos serviços, outros elementos da equipa de prestação de cuidados, supervisores e colegas, no respeito pelos valores, crenças e cultura das pessoas a quem presta cuidados, estimulando a sua colaboração nas tomadas de decisão, o auto-cuidado e a promoção do bem-estar independentemente na situação de saúde (Longarito, 2002; Pereira, 2001).

A tomada de decisão é, incontestavelmente, uma das competências a desenvolver no âmbito do ensino clínico da enfermagem. Segundo Augspurger e Rieg (1994) "clinical experiences allow students the opportunity to see the textbook come to life and to practice skills under supervision. In addition, clinical experience exposes students to the many roles of the nurse and socializes them into the profession."⁷ O ensino clínico também tem a finalidade de proporcionar o desenvolvimento do estudante a nível cognitivo, afectivo e social de modo a que adquira capacidades e competências⁸ para prestar cuidados de enfermagem e continuar a aprender ao longo da vida. É no encontro com a individualidade de cada cliente, família, comunidade e contexto de trabalho que o estudante adquire competências de resolução de problemas, de tomada de decisão e de acção assente nos princípios e valores da sua futura profissão (Fonseca, 2006; Simões, Belo, Fonseca, Alarcão & Costa, 2006).

A aprendizagem experiencial possibilita a aquisição de conhecimentos para agir, a construção de significados e a mudança de comportamento em resultado da prática (Santos, 2003). O conceito de aprendizagem experiencial surge com Kolb (1984), baseando-se nos trabalhos de Dewey (1958), Lewin (1951) e Piaget (1971). Ao permitir compreender o papel da experiência na aprendizagem, a teoria de Kolb possui uma base cognitiva e inclui vários estilos de aprendizagem, desenvolvida através de uma série de etapas: experiência concreta; observação reflexiva; conceptualização abstracta; experimentação activa. Portanto, esta abordagem torna-se coerente com o ensino de enfermagem porquanto o estudante necessita de se envolver nas experiências de

⁷"A experiência clínica permite aos estudantes a oportunidade de ver a teoria tornar-se realidade e adquirir competências sob supervisão. Para além disso, expõe-nos aos diversos papéis do enfermeiro e socializa-os na profissão." (Tradução livre, da autora).

⁸ Fazemos a distinção entre capacidade de competência. No primeiro caso, implica um conhecimento concreto num contexto real, de modo a interpretar o conhecimento de acordo com a realidade concreta. No segundo caso, exige a selecção de conhecimentos, capacidades e habilidades que estão relacionados com uma realidade complexa de modo a usá-los de forma compreensiva e passível de transformação para resolver situações do mundo real. (Mateo e Martínez, 2006)

aprendizagem, observar e reflectir nas mesmas segundo múltiplas perspectivas e formular conceitos e teorias a partir dessas experiências, facilitando, assim, os processos de tomada de decisão e de resolução de problemas (Evans, Forney & Guido-DiBrito, 1998; Tennant, 1998). Contudo, a formação é muito mais do que o acumular de experiências, pois subjacente à mesma está, indispensavelmente, a intenção (Amiguinho, Valente, Correia & Mandeiro, 1997).

O ensino clínico em enfermagem cumpre os requisitos da aprendizagem experiencial dado que as etapas supra mencionadas decorrem durante o contacto directo com o cliente e os contextos de prestação de cuidados, e a acção em contexto real possui a intenção de adquirir conhecimentos e competências para o futuro desempenho profissional. O estudante de enfermagem actua na prestação de cuidados tomando decisões éticas, deontológicas, técnicas e comportamentais. Mas esta acção tem de ser reflectida para que produza conhecimento (Carvalho, 2005; Reilley & Obermann, 1999). Está, assim, em causa uma aprendizagem reflexiva onde o processo ensino/aprendizagem se centra no estudante que evolui a partir das suas experiências e dos significados que lhes atribui de acordo com as suas cognições e com o contexto em que se insere (Pereira, 2001). As experiências reais iniciam os estudantes nos contextos da prática com as suas convenções, constrangimentos, linguagem, conhecimentos e padrões do saber-em-acção e fazem-no contactar com os problemas complexos dos clientes que não possuem uma resposta única ou certa e, por vezes, são mesmo antagónicos (Abreu, 2003). Schön (1990) explica que, através das experiências da prática, os estudantes aprendem que o conhecimento profissional é específico de cada caso. A reflexão ocorre sobre a prática e na prática; isto é, a partir das situações reais, durante a sua ocorrência (reflexão na acção), ou após a mesma (reflexão sobre a acção).

O processo de reflexão sobre a acção implica a capacidade de pensar sobre uma situação após a mesma ter acontecido. Conduz a novas perspectivas sobre as experiências, a mudanças de comportamento e a compromissos para agir. Na reflexão sobre a acção regressa-se, de modo consciente, às experiências, que são reavaliadas e verificadas quanto ao que poderia ter sido feito de modo diferente, tentando fazê-lo se assim se determinar. Neste caso, a experiência passada é transferida para uma situação presente com recurso ao repertório de exemplos, imagens, compreensões e acções, que se relacionam com o que foi visto e conhecido, mas também com os problemas encontrados e com possibilidades de resolução. Isto não significa submeter a situação a

uma categoria, ou regra pré-estabelecida, mas considerá-la única, simultaneamente similar e diferente das anteriores. Permite aos estudantes desenvolver conhecimentos e aprofundar competências. É no contexto da prática que se estimula a independência na acção e que ocorre a socialização na profissão, através da compreensão do papel e das responsabilidades de enfermeiro (Reilley & Obermann, 1999).

1.2 - O Erro em Aprendizagem Clínica do Estudante de Enfermagem como Agente Promotor da Aprendizagem e do Desenvolvimento

Na revisão de literatura, efectuada para enquadrar o estado da arte sobre o erro dos estudantes de enfermagem em ensino clínico, procedemos a uma síntese dos resultados em estudos identificados com recurso a metodologia baseada nos princípios de revisão sistemática para selecção e localização da investigação neste domínio. Para o efeito, efectuámos a uma pesquisa electrónica em bases de dados científicas e revistas indexadas relativas a publicações dos últimos vinte e cinco anos. A partir dos estudos que corresponderam à expressão de pesquisa e à metodologia adoptada, realizámos uma análise destinada a responder aos objectivos propostos para a referida revisão: 1) Conhecer os erros mais frequentemente cometidos pelos estudantes de enfermagem durante os ensinamentos clínicos; 2) Analisar os factores que contribuem para a ocorrência dos mesmos; 3) Avaliar se a ocorrência de erros contribuiu ou não para a aprendizagem. Das doze investigações encontradas, quatro eram quantitativas (Craft & Moss, 1996; Wolf, Ambrose & Dreher, 1996; Kazaoka, Ohtsuka, Ueno & Mori, 2006; Peterlini, Rocha, Kusahara & Pedreira, 2006), uma experimental (Palese, Saiani, Brugnolli & Regattin, 2007); quatro qualitativas (Harding & Patrick, 2008; Kushnir, 1986; Kyrkjebo & Hage, 2004; Reid-Searl, Mosham, Walker & Happel, 2008); duas mistas (Kneafsay & Haigh, 2006; Koren, Goldberg, Shinder-Nekhamkin, Traister, Fridman, Azuly & Sharabani, 2007); e uma meta-análise (Wolf, Hicks & Serembus, 2006). O foco era: erros de medicação – seis estudos; técnicas específicas (avaliação subjectiva e não quantificada do vómito; mobilização do doente no leito; elevação da cama) – três estudos; processo ensino/aprendizagem (influência da presença do orientador; percepção da aprendizagem por parte dos estudantes; estratégias de supervisão⁹ clínica

⁹ Optamos pelo conceito de supervisão pois implica a proximidade entre formando e formador durante o desempenho e a sua análise com a finalidade de melhorar o processo de ensino/aprendizagem. Possui na base o cenário clínico descrito por Alarcão e Tavares (2007) que se caracteriza por: uma perspectiva de resolução de problemas a partir de

associadas a menor ocorrência de erro) - três estudos. Os factores que contribuíram para a sua ocorrência foram, quanto aos erros de medicação: ano escolar – tende a diminuir ao longo do curso; stress; comunicação inter e intra-equipa; distração; não cumprimento do protocolo; falta de conhecimentos; inexperiência; ausência do supervisor¹⁰. De modo geral, a presença do supervisor apresentou-se como geradora de stress que, por sua vez, provocou erro e a subjectividade de algumas técnicas bem como a discrepância entre a teoria e a prática constituíram-se como factores contribuintes para o erro cometido. No que se refere aos contributos para a aprendizagem, verificámos que os erros de medicação são em maior número do que os autores inicialmente pressupunham, todos os estudantes os cometem mas têm dificuldade em falar do assunto com professores, enfermeiros e colegas. Nenhuma investigação se refere ao erro como factor de aprendizagem mas há unanimidade quanto à importância de diminuir a sua ocorrência. Da evidência encontrada nota-se a inexistência de estudos portugueses, metade versa erros de medicação, um quarto incide em técnicas específicas e um quarto no processo ensino/aprendizagem com incidência nos domínios psicomotor e cognitivo. Estes resultados vão ao encontro do apontado pela Ordem dos Enfermeiros (2006) quanto aos erros de terapêutica serem os mais estudados e os mais comuns. Koren et al. (2007) referem que não há diferença entre o número de erros dos estudantes comparativamente aos enfermeiros e, por sua vez, Armitage (2005) afirma que, possivelmente, as estatísticas subestimam a realidade. Portanto, verificamos que há necessidade de investigação sobre o erro dos estudantes para além dos domínios encontrados, se é facilitador ou inibidor da aprendizagem e que factores estão associados (características pessoais, do contexto e do processo).

um processo de planificar/interagir/avaliar; observação e discussão das actividades de aprendizagem; colaboração entre supervisor e estudantes e entre estes; atenção e apoio por parte do supervisor às necessidades do estudante; tomada de iniciativa do estudante na solicitação de ajuda ao supervisor. O estudante tem um papel activo e afasta-se progressivamente do supervisor, consoante vai adquirindo e consolidando competências. Exige a sua análise dos acontecimentos, atribuição de significados e consonante tomada de decisão. O papel do supervisor é de ajuda e recurso de aprendizagem neste processo. Para funcionar bem, a relação entre os dois deve ser isenta de tensões, com confiança mútua que permita a livre comunicação facilitadora da aprendizagem. Este cenário de aprendizagem permite a análise da praxis, no sentido em que à medida que as situações problemáticas vão ocorrendo se questione, reflecta e formule hipóteses de resolução, numa atitude para aprender e supervisionar mais autêntica, real e pessoal.

¹⁰ Para o efeito desta investigação assumimos os conceitos de supervisor clínico e de supervisor pedagógico em uso na ESEnfPD plasmados no Regulamento dos Ensinos Clínicos dos Cursos de Licenciatura em Enfermagem. O supervisor pedagógico é o docente da ESEnfPD, da área científica de enfermagem a quem compete as concepções do processo ensino/aprendizagem: formulação dos objectivos, definição de metodologias e de estratégias de supervisão que fomentem a aprendizagem e o desenvolvimento do estudante e, ainda, estabelecimento de critérios, métodos e estratégias de avaliação. O supervisor clínico é o profissional de enfermagem que desenvolve as suas funções na prestação directa de cuidados a quem compete a supervisão contínua do estudante na aprendizagem clínica, propiciar actividades e experiências de prestação de cuidados de enfermagem e colaborar com o supervisor pedagógico no estabelecimento das estratégias de supervisão e de avaliação mais adequadas aos estudantes, clientes e contextos.

Se o ensino clínico que caracteriza as aprendizagens na área da enfermagem é experiencial e reflexivo, baseando-se no desenvolvimento da capacidade de raciocínio e de espírito crítico do estudante, já numa perspectiva construtivista o mesmo pode aparecer associado ao conflito cognitivo. O desequilíbrio facilita a aprendizagem se as circunstâncias que para ele concorrem forem exploradas, esclarecidas e discutidas. Assim sendo, não se advogando uma aprendizagem em ensino clínico por tentativa e erro, este pode assumir-se, no referido contexto, como um processo desenvolvimentista, de maior abertura à complexidade.

No entanto, para Benner (1984) os erros potencialmente perigosos não devem acontecer nos cuidados de enfermagem. Um erro na prestação de cuidados pode ser fatal e os estudantes em aprendizagem clínica, ao cometerem determinado tipo de erros, despertam, por esse facto, nos seus supervisores e demais agentes intervenientes no processo, uma apreensão acrescida, especialmente quando os erros praticados são mais graves e/ou frequentes (Carvalho, 2005; d’Espiney, 1997; Kushnir, 1986; McGregor, 2005; Reilly & Obermann, 1999). Carvalho (2005) reconhece que, apesar de ser positivo na aprendizagem, o erro é muito arriscado. Além disso, segundo este autor, os cometidos pelos estudantes de enfermagem não têm sido suficientemente acautelados pelas Escolas e Serviços. Se um estudante cometer um erro, este tem que ser assumido pela instituição prestadora de cuidados. Se bem que os clientes apreciem, de modo geral, a prestação de cuidados pelo estudante, a tendência é para que, no futuro, o grau de exigência na prestação desses cuidados aumente, assim como a responsabilização do agente pelos seus actos profissionais. Em consequência, “os professores [de enfermagem] continuam a recear muito o erro e transmitem esse receio aos alunos. Estes vivem em pânico, com medo de errar (...)” (p. 349).

No que diz respeito ao cliente “(...) o erro do aluno que se encontra em aprendizagem não pode acontecer. O utente deseja e merece o mais elevado padrão de cuidados, onde não devem existir falhas a esse nível” (Carvalho, 2005, p. 390). Para minimizar esse risco, o estudante é continuamente acompanhado e supervisionado por supervisores clínicos, com ou sem permanência contínua de supervisores pedagógicos. Starr (2010) afirma que professores e enfermeiros são responsáveis pelos erros dos estudantes: os primeiros, ao assegurarem a existência de conhecimentos e capacidades essenciais para que os cuidados possam ser prestados com segurança; os segundos, pela delegação segura dos cuidados de enfermagem no estudante e pela decisão sobre a supervisão a

dispensar a cada um. É precisamente para salvaguardar o princípio da responsabilidade pelos actos praticados por quem aprende que os impressos de registo clínico em enfermagem, relativamente aos quais o Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros emitiu o parecer, em 2003, são assinados conjuntamente pelo estudante e pelo supervisor clínico, por imperativos de natureza legal e deontológica.

Brown et al. (2007) desenvolveram uma investigação para descobrir indicadores de prática insegura por parte dos estudantes de enfermagem. Ao auscultarem estudantes e supervisores, identificaram cinco áreas principais onde aqueles se inserem: 1) comportamento responsável e profissional; 2) respeito e bom senso; 3) padrões de comportamento; 4) competências; 5) comunicação. Alguns dos indicadores identificados foram: incapacidade de aceitar responsabilidade pelas suas acções; desonestidade; dificuldade de juízo crítico devido ao uso de drogas, álcool e falta de sono; falta de respeito pelos clientes; falta de preparação para a prestação de cuidados; avaliação inicial e prestação de cuidados inconsistente; incorrecta tomada de decisão clínica; incapacidade de mudar comportamentos em resposta ao feedback; ineficácia de comunicação com clientes e pessoal. A prática insegura, como o nome indica, coloca potencialmente em causa a segurança do cliente e comporta risco de erros; é uma ocorrência ou padrão de comportamento que implica um risco inaceitável (Scanlan, Care & Gessler, 2001).

Além da prática insegura, são diversos os factores que contribuem para a ocorrência do erro. A necessidade do estudo de outros factores é sugerida por vários autores como Martin (1991), Gregory, Guse, Dick e Russell (2007) e, também, pela Ordem dos Enfermeiros (2006). Koren et al. (2007) dispõem os factores que contribuem para o erro num *continuum* entre os erros imputáveis diretamente ao estudante e os ocasionados pelo ambiente, reconhecendo a existência de factores transversais. No que respeita aos factores pessoais que influenciam a ocorrência de erro, identificam a fadiga, a ansiedade, o medo, a pressa, a irritabilidade, a imprudência e a falta de atenção. Os autores verificaram que, apesar de muitos erros dos estudantes serem devido a falta de conhecimentos ou de mecanismos de auto-controlo, o ambiente influencia-os, aumentando o risco da sua ocorrência.

A supervisão contínua dos estudantes na formação inicial em enfermagem ajuda a prevenir estes acontecimentos (Abreu, 2003; Koren et al, 2007). Carvalho (2005)

verificou que as estratégias dos supervisores para evitarem os erros dos estudantes incluem alertas e questionamento, antes dos procedimentos propriamente ditos, de modo a que os formandos recordem o que têm de fazer, ao mesmo tempo que tomam consciência das suas dificuldades. Considerando, porém, que esta abordagem é limitada e insuficiente, propõe-se a realização de sessões práticas nas Escolas, visando diminuir, especificamente, a incidência do erro clínico, o que exige salas técnicas ou laboratórios com condições adequadas. Koren et al (2007) apresentam várias estratégias a implementar pelos supervisores com a finalidade de prevenir os erros: identificar os processos sociais no grupo de estudantes que possam gerar tensão, de modo a preveni-los ou reduzi-los; melhorar o ambiente e a comunicação para reduzir o stress; proporcionar orientações e instruções escritas facilmente compreendidas por todos; prestar atenção às novas tecnologias, de modo que os estudantes sejam devidamente acompanhados quando as utilizam; alterar o modo de encarar o erro, para que se sintam confiantes na sua comunicação e aprendam com o mesmo. Para a prevenção dos erros de medicação, Gregory et al (2007) sugerem que o ensino de farmacologia acompanhe todas as etapas do curso, em vez de se limitarem a uma única unidade curricular do 1º ano.

Martin (2008) compilou experiências de estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica e as sugestões dos mesmos a futuros colegas. Reportou os seguintes erros: dosagem da medicação, incluindo insulina; troca de doentes; (incorrecções na) comunicação, tanto com os clientes como com o pessoal. Nos factores intervenientes são apontados: pressa para cumprir o plano de trabalho; desconhecimento da medicação; desconhecimento de técnicas e protocolos. Quanto a medidas de prevenção, aconselham: ter consciência de que o risco de errar está sempre presente; bom senso; prestar atenção ao que se está a fazer; verificar sempre duas vezes quando se tratar de procedimentos mais arriscados; observar o que efectuou antes de sair do local; prestar atenção aos detalhes; seguir as etapas estabelecidas nos procedimentos; respeitar os *cinco certos* na preparação e administração de medicação (doente certo, horário certo, medicamento certo, dose certa e via certa)¹¹; planear as actividades, de modo a evitar pressas; estabelecer prioridades; estudar bem a medicação a administrar; confirmar cada medicamento ao retirá-lo do local onde está armazenado, durante a preparação e junto do cliente antes de administrá-lo; conhecer bem os protocolos; fazer perguntas aos

¹¹ Actualmente há autores a incluírem mais um parâmetro, o “registo certo” e reconhecendo assim, os “seis certos”

supervisores. Finalmente, aconselham a estar bem preparado, de modo a evitar cometer erros mas, caso estes ocorram, assumir a responsabilidade e procurar aprender com os mesmos.

Depois de cometer um erro, o estudante teme outra ocorrência e é assolado por culpa, vergonha e preocupação com a possibilidade do cliente ser afectado na sua saúde e bem-estar. Pode sentir raiva, impotência, entrar em pânico e desesperar. Frequentemente, também será necessário revelar o sucedido, procurar ajuda e partilhar as suas dificuldades (Koren et. al, 2007; Santos, 1995). McGregor (2005) explica que o estudante pode ter dificuldade de mostrar abertura a novas oportunidades, o que será tanto mais evidente quanto maior for o risco de insucesso. Neste cenário, o mesmo autor sublinha que o estudante deve ter a sua confiança protegida, cabendo aos supervisores preservar a sua dignidade, já que o insucesso académico em ensino clínico costuma ser traumático. Na realidade, o insucesso devido a erros é uma ameaça que tende a estar presente, para os supervisores também não é uma questão pacíficamente unânime, o que os leva a questionarem-se sobre quantos erros os estudantes podem cometer, ou quantos levarão a que reprove.

No estudo de Koren et al (2007), alguns estudantes consideraram que o erro poderia ter sido evitado e que, após a sua ocorrência, sentiram que algo não estava bem, com quebra do protocolo de segurança. Todos os estudantes admitiram ter cometido erros e demonstraram que desejavam assumir a responsabilidade pelos mesmos.

Esconder os erros é um impulso humano e os estudantes por vezes fazem-no perante os supervisores, especialmente quando a relação estabelecida não conduz à abertura e à confiança desejáveis (Berman, 2006; Reilley & Obermann, 1999; Simões et al, 2006). Há também necessidade de evitar o embaraço, que nos estudantes de medicina chega a ser mais forte do que o dever de revelar o ocorrido, devido à imagem da infalibilidade do médico (Berman, 2006). Até que ponto esta razão se estende à enfermagem não fica esclarecido na revisão de literatura que efectuámos. Relativamente aos profissionais de saúde em geral, Diz e Gomes (2008) afirmam que “a expectativa de que os profissionais de saúde sejam infalíveis, faz com que os erros sejam encarados como falta de cuidado, falta de atenção ou falta de conhecimento, tornando-os inaceitáveis” (p. 6).

Carvalho (2005) constatou que quem avalia o ensino clínico se centra nos aspectos negativos e procura o erro, ou seja, tem-no como base da avaliação. Neste contexto

verificou que os estudantes ocultam as suas falhas e consideram que o importante é não ser descoberto.

Como referimos anteriormente é essencial o reconhecimento do que sucedeu quando se erra, pois possibilita a criação de estratégias para evitar consequências no cliente, uma vez que a sua segurança é o mais importante. Simultaneamente, assumir um erro tende a promover um clima de confiança, em que a equipa de saúde sabe que pode confiar no elemento que assume os seus actos (Berman, 2006; Carvalho, 2005, Martin, 2008). É neste sentido que Armitage (2005) defende que a comunicação do erro seja reforçada e a confiança permaneça inabalada, evitando fomentar culpabilização, excepto no caso de negligência ou imprudência.

A análise do erro é indispensável e pode ser efectuada com estudos de caso, simulação ou análise crítica, tanto do ponto de vista do procedimento como do processo, procurando reflectir no que houve de semelhante ou de diferente relativamente a situações anteriores e determinando a frequência com que ocorreram os erros detectados (Martin, 1991). Brown et al (2007) relatam a única abordagem que encontrámos para lidar com problemas de desempenho: apreciação geral dos problemas de aprendizagem e discussão de estratégias para ultrapassá-los num contexto de aprendizagem em que fiquem documentados os problemas existentes, a forma de os ultrapassar e o prazo estabelecido para esse fim. Em causa está um contrato que assegure a comunicação e a consistência do processo. Se o desempenho não melhora, realiza-se uma reunião formal com todos os envolvidos, onde o estudante pode ser acompanhado por alguém em quem se sinta apoiado. Nesta reunião, que ocorrerá durante o período da aprendizagem clínica, serão apresentadas novas recomendações, que ficam obrigatoriamente registadas. Se no final do período de aprendizagem os objectivos não forem atingidos, o estudante reprova e redige-se um relatório explicativo das razões do insucesso, acompanhado das sugestões de melhoria a que houver lugar.

O potencial de aprendizagem com o erro é evidenciado por todos os autores consultados, se bem que Fonseca (2006) verifique que há docentes que consideram que aprender com o erro de terapêutica não é uma boa prática. A “(...) pedagogia do erro parece emergir como constituinte normal do processo de aprendizagem, em substituição da sanção normalizadora” (Marques, 2005, p. 166), o que implica estimular o estudante a modificar os seus esquemas de referência e aprender a pensar. Exige, porém, uma

atitude de reconhecimento de que, potencialmente, o erro está sempre presente, e que o estudante é activo e reflecte criticamente nas suas experiências, de modo a reconstruir as experiências vividas ao mesmo tempo que desenvolve o pensamento crítico (Marques, 2005). A aprendizagem assim concebida pressupõe o acompanhamento do indivíduo, orientando a sua pesquisa e reflexão para a construção do saber. Incentiva-se a descoberta de soluções e favorece-se a análise de diferentes respostas, bem como a troca de ideias e de experiências. Isto significa entender o erro de modo construtivo, sem punição, na linha em que Paulo Freire (1985) citado por Abrahão (2007) concebia – i.e. como uma forma provisória de saber (Abrahão, 2007).

A possibilidade de aprender com o erro está de acordo com a teoria de Piaget: quando o indivíduo erra e toma consciência de que errou, desencadeia-se um estado de desequilíbrio por via da existência de um conflito cognitivo. Retomar o equilíbrio, implica que haja assimilação (integração de um novo dado nas estruturas já construídas) ou acomodação (modificação dos esquemas existentes) aos novos dados da experiência, tendo em vista a reorganização das estruturas mentais e o seu desenvolvimento adaptativo através de equilibrações majorantes. Ambos os processos referidos são importantes para que o indivíduo possa aprender com o erro, dada a sua necessidade de reequilíbrio. Reflectir sobre o que sucedeu e sobre o comportamento adoptado para corrigir o erro leva, potencialmente, a que o acontecimento, em si, modifique os esquemas da pessoa que o cometeu. É igualmente nesta linha construtivista que Carvalho (2005) explica que a ocorrência de erro e o desequilíbrio que provoca no indivíduo facilitam a aprendizagem desde que se atenda às concepções dos estudantes, à auto-observação do erro e da(s) sua(s) causa(s) e aos conflitos cognitivos gerados ao nível da reflexão, com mediação do supervisor, que planeia e incentiva estratégias metacognitivas. Tavares e Alarcão (2005) referem-se também à possibilidade de aprender com o erro e diferenciam a abordagem behaviorista da cognitivista neste particular; na primeira, o erro é entendido numa dinâmica de compensação ou castigo, consoante ocorre ou não, enquanto na segunda conduz à criação de esquemas mentais e de mecanismos adaptativos.

Se se pretende uma formação construtiva, tem de se mudar a perspectiva do erro, evitando a punição (Gregory et al., 2007; Peixoto, 1986; Reillan & Obermann, 1999). Assim, quando o estudante erra, deve ser encorajado a admitir/revelar o sucedido (Berman, 2006; Carvalho, 2005). Ajudá-lo a aprender implica que os erros sejam

imediatamente apontados e corrigidos, com feedback regulador imediato (Peixoto, 1986; Santos, 1995), quando ainda são poucos, de modo a evitar ocorrências futuras de risco (Kushnir (1986).

Reflectir após o erro é reflectir sobre a acção. Da reflexão daí resultante surge a possibilidade de desenvolver estratégias reflexivas, de pesquisa, bem como a exploração das próprias capacidades e resolução de problemas (Alarcão & Tavares, 2007). Berman (2006) considera que a reflexão é a pedra basilar da aprendizagem clínica, sendo efectuada individualmente ou em grupo. Individualmente, inclui actividades como diários e portefólios de aprendizagem, ou reflexões semanais. Em grupo, permite a discussão aberta, sem que o estudante se sinta ameaçado. Em ambas as formas, há que incidir no desempenho positivo e não apenas no que correu menos bem. Carvalho (2005) verificou que as reuniões de fim de turno incluíam esta abordagem facilitadora da aprendizagem. Ao discutir o erro com toda a turma, tem de se assegurar respeito, evitar julgamento e estabelecer estratégias para uma actuação futura segura. Assim, estudante e supervisor proporcionam oportunidades de aprendizagem para todos (Berman, 2006), envolvendo não apenas o implicado, mas todo o grupo, uma vez que a aprendizagem clínica tem uma componente importante de aprendizagem por modelagem e experiência vicariante.

Student nurses are often expected to share their experiences within groups (...) Learning from a peer's experience is known as vicarious learning; although individual students will have their own personal experiences from clinical practice other students can benefit and use the shared examples in order to learn.¹² (Roberts, 2010, p. 13)

Berman (2006) propõe um protocolo de gestão dos erros dos estudantes com as seguintes etapas: 1) Admitir o erro; 2) Pedir, de imediato, desculpa ao cliente pelo que aconteceu, especialmente se houver risco, acção que envolve tanto o estudante como o supervisor; 3) Agir imediatamente, de modo a interromper a acção e corrigir a falha até onde for possível; 4) Reflectir sobre o sucedido com o supervisor; 5) Reflectir sobre o sucedido com todos os outros estudantes; 6) Implementar medidas para evitar erros

¹² Frequentemente, espera-se que os estudantes de enfermagem partilhem as suas experiências dentro dos grupos (...) Aprender com a experiência dos pares é conhecido como aprendizagem vicariante; apesar de terem, individualmente, as suas próprias experiências na prática clínica, outros estudantes podem beneficiar e usar os exemplos partilhados para aprenderem (tradução livre, da autora).

futuros. As três primeiras etapas têm a finalidade de minimizar as consequências do erro enquanto as seguintes pretendem maximizar a aprendizagem com o mesmo. Esta dinâmica pressupõe que os supervisores possuam abertura para aceitar o erro como meio de aprendizagem e criem um clima de confiança encorajador e isento de culpa.

Os estudantes, uma vez habituados a perceberem o supervisor como elemento facilitador do desenvolvimento das suas competências numa relação não autoritária, assumem mais facilmente os erros cometidos e aprendem melhor com eles. As reflexões diárias, individuais e em grupo, que permitem clarificar as acções e continuar a aprender, ao proporcionarem o conhecimento das situações a prevenir antes que um comportamento indesejado apareça, são uma estratégia a estabelecer quando não existe e a manter quando já se pratica. Assim, em conjunto, analisa-se e discute-se como cada indivíduo interpretou a situação, o que aconteceu e quais foram os motivos eventualmente subjacentes, estabelecendo-se metas para experiências posteriores. É importantíssimo discutir tanto os aspectos positivos como os que necessitam de correcção, estando em causa as actividades e situações ocorridas e não a pessoa e a dignidade do estudante.

Poderão os erros cometidos em ensino clínico representar obstáculos para a aprendizagem? Segundo Bevis (2005), a resposta é afirmativa se forem entendidos como uma conta que o estudante tem de pagar na avaliação final. Em sentido semelhante, Berman (2006) afirma que a dificuldade de lidar com o erro pode ser devastadora porque os mecanismos de defesa, a culpa e a vergonha são impeditivos da aprendizagem. Por outro lado, o comportamento do supervisor gera stress no estudante (Kushnir, 1986), o que, por sua vez, lhe acarreta mais comportamentos de risco, num círculo que se pode tornar vicioso e conduzir ao insucesso. Aprender sob tensão e receio é um factor de estagnação, entorpecimento e ausência de coragem para pensar e agir com autonomia e responsabilidade.

O feedback, se não for imediato e regulatório da actividade cognitiva e metacognitiva do estudante, facilmente resultará na acumulação de erros, que só muito dificilmente poderão ser evitados (Peixoto, 1986). d'Espiney (1997) reconhece que muitas reuniões de final de dia no ensino clínico, com grande potencial formativo, se centram no que correu mal, constituindo, desde logo, um obstáculo à discussão livre e aberta dos problemas. É essencial que os acontecimentos ocorridos em aprendizagem clínica,

incluindo os erros, sejam compreendidos e corretamente interpretados pelos estudantes, de modo a que tenham, para eles, um sentido formativo. É ao lado da cama do cliente que se aprende a ser enfermeiro: “You will make mistakes and be nervous, but you will gain your own style and technique. Trust in yourself!”¹³ (Martin, 2008, p. 13). A autora explica que, independentemente dos esforços para evitar os erros, estes acontecerão, sendo alguns menores e outros mais sérios. Também adverte que no caso da ocorrência de erro, o estudante é obrigado a comunicar e a determinar os danos que possa ter causado ao cliente de modo a eliminá-los, ou minimizá-los.

Entre as características do estudante que podem levar a que tenha dificuldade de aprender com o erro cometido está a dificuldade de transferência de conhecimentos (Miranda 2005), que a literatura identifica como sendo de diversos tipos: a transferência específica (que se refere a um conhecimento aplicável a, pelo menos, duas situações e que pode ser entendida como um processo transversal a toda a formação em enfermagem); a transferência por generalização (que acontece quando há identidade de substância ou de procedimento entre duas tarefas, caso, por exemplo, da administração de medicação a um doente de Medicina, no 2º ano e de Cirurgia, no 4º ano); a transferência por abstracção, ou conceptualização (quando as tarefas possuem alguns princípios ou regras em comum, como acontece com a avaliação da tensão arterial a um doente sem alterações nos membros superiores e a outro com um *shunt* para hemodiálise); a transferência por inferência (quando há informação anterior que se combina com a posterior de modo a produzir novos conhecimentos e comportamentos (acontece, por exemplo, ao estudante que presta cuidados no pós-operatório imediato a um doente de Cirurgia, no 2º ano, e depois o faz a uma puérpera que acabou de ser submetida a cesariana, no 3º ano) (Mendelsohn, 1994, Byrnes, 1996 citados por Miranda, 2005).

Em todo o caso, e não obstante as dificuldades apontadas, os estudantes de enfermagem são supervisionados, durante o processo de aprendizagem clínica, por princípios que assentam, entre outros no seguinte: necessidade de controlar o erro clínico; não causar dano ao cliente; integração do conhecimento teórico na prática clínica; desenvolvimento de competências da prática clínica de enfermagem; desempenho correcto do papel de estudante; desempenho correcto do papel de

¹³ “Cometerás erros e estarás nervoso mas alcançarás os teus próprios estilos e técnica. Confia em ti!” (Tradução livre, da autora)

enfermeiro. Daqui resulta uma duplicidade de papéis, isto é, o de estudante e o de enfermeiro, alternando ambos em importância ao longo do processo de formação mas com o de enfermeiro cada vez mais em evidência à medida que progride. No seu papel de estudante, faz leituras, estuda, prepara planos de enfermagem, pratica em laboratório, interage com os professores e tenta demonstrar as suas capacidades. No de enfermeiro, assume o papel de prestador de cuidados, organiza os cuidados de enfermagem, estabelece prioridades e toma decisões. No ensino clínico, é atribuída maior importância ao seu papel de enfermeiro (Wilson, 1994).

Entendida como um processo de construção pessoal e de transformação de conhecimentos, será lícito considerar que a aprendizagem clínica se enquadra em determinados sistemas de referência, ou seja, conhecimentos, crenças, comportamentos e atitudes resultantes das experiências anteriores, com interligação recíproca entre factores psicológicos, biológicos, situacionais e ambientais (Abreu, 2007; Merriam & Caffarella, 1999). Na aprendizagem assim definida, a experiência e a reflexão interligam-se (Abreu, 2007; Canário, 1999; Knowles, 1980; Merriam & Caffarella, 1999), constituindo esta condição uma das características essenciais da formação e desenvolvimento dos enfermeiros (Abreu, 2007; Benner, 1984). De acordo com Fonseca (2006) o indivíduo “pela experiência, transforma-se, integra-se na sociedade e transforma essa sociedade, sendo simultaneamente *objecto* de socialização, *sujeito* da própria socialização e *agente* da socialização” (p. 46).

Refira-se, porém, que nem todas as experiências são passíveis de produzirem aprendizagem. Alarcão (2001) enuncia alguns princípios que validam a experiência como aprendizagem (i.e. significação, continuidade, organização, desenvolvimento, reflexão, interação...) e que evidenciam, claramente, a sua ligação à experiência concreta e às vivências anteriores do indivíduo, assumindo-se o estudante, contextualmente, como co-produtor desse processo (Canário, 1999; Malglaive, 1995; Merriam & Caffarella, 1999), assistido pelas suas próprias disposições e características pessoais (Peixoto, 1995).

A entrada no ensino superior possibilita aos jovens adultos a participação em tarefas que contribuem para o seu desenvolvimento (Ramos & Carvalho, 2007), bem como para a adopção de crenças e valores (Sivberg, 1998), sendo as suas experiências de aprendizagem, designadamente as académicas e clínicas (Shipton, 2002), naturalmente

influenciadas por factores sócio-demográficos, disposicionais e de desenvolvimento, entre outros, facilitadores do desenvolvimento dos estudantes como pessoas e como enfermeiros. Daí, a importância de se estudar a influência de algumas dessas variáveis, designadamente as percepções de auto-eficácia atribuída, o locus de controlo, os níveis de stress e o desenvolvimento moral, na prática clínica dos estudantes de enfermagem, procurando determinar o seu grau de incidência no erro clínico e a natureza do mesmo. Interessará, do mesmo modo, atender a algumas das características sócio-demográficas e escolares (ano do curso, género, idade, proveniência, local de residência, nível socioeconómico, escolaridade dos pais, estado civil, composição e características do agregado familiar e situação financeira e académica, designadamente no que respeita a repetições do ensino clínico em enfermagem e suas causas) suscetíveis de influenciarem a aprendizagem clínica e a natureza e incidência dos erros cometidos no âmbito da mesma, estudando-as, igualmente, em contexto de formação académica e na esfera dos serviços hospitalares em que se processa a iniciação à prática profissional.

Valsecchi e Nogueira (2002) verificaram que os estudantes do 2º ano de enfermagem se encontram mais propensos a cometer erros graves, por se tratar da sua primeira experiência de aprendizagem clínica hospitalar. Esta situação desencadeia angústia devido ao contexto onde se movem, ou seja, ao primeiro contacto com o cliente em situação de doença, à circunstância de terem de lidar com o supervisor, ao ambiente de prestação de cuidados em que se inserem, e aos relatos dos colegas de anos mais avançados, daí resultando o chamado “síndrome do 2º ano” (p. 820), que se reflecte nas vivências relatadas pelos estudantes depois de concluírem o ano lectivo.

As autoras mencionadas, num estudo com estudantes do curso de enfermagem, identificaram alguns factores entendidos como stressantes pelos estudantes relativamente ao ambiente de aprendizagem clínica: a alta complexidade dos cuidados a prestar; o facto de assistirem à morte; a percepção adquirida de que os profissionais de saúde se mostram insensíveis à dor e à morte. Em simultâneo, os estudantes referiram a sua satisfação por proporcionarem conforto aos doentes, mesmo quando o prognóstico era reservado, ou em situações de morte iminente. Também, quando estes recuperavam, o sentimento era de gratificação, ao percepcionarem o seu contributo para a melhoria do estado de saúde dos clientes. As autoras constataram que os estudantes que referiam aspectos positivos da sua aprendizagem clínica indicavam sempre o supervisor como elemento compreensivo e de suporte e como mediador (facilitador) do processo de

ensino/aprendizagem. Neste estudo, porém, e noutros a que tivemos acesso, não foram tidas em consideração variáveis cognitivas ou desenvolvimentais. Nessa medida, a evidência respeitante à investigação produzida sobre estes últimos factores e, nomeadamente, reportada às questões que nos propomos tratar no âmbito da presente investigação, será retomada mais adiante neste capítulo. No entanto, se considerarmos a caracterização do estudante de enfermagem de acordo com o continuum de maturidade definido por Bevis (2005), representado na Figura 1.2 e descrito no Anexo B, e tivermos em conta que, ao ingressarem na escola de enfermagem, os estudantes podem encontrar-se em diferentes posições desse continuum, facilmente verificamos que a maturidade adquirida ao longo do seu processo formativo dependerá da qualidade das experiências que lhes forem proporcionadas em ambiente de aprendizagem e da adequação das mesmas às suas necessidades. Para isso, não é suficiente ensinar técnicas e habilidades. Será, antes, necessário incidir no que realmente importa: *cuidar* e revelar o que significa, realmente, ser enfermeiro. Esse tanto, implica compreender como os estudantes experimentam o *cuidar*, através das suas práticas, mas também explorar as crenças e disposições psicológicas e desenvolvimentais acerca da aprendizagem e da prestação de cuidados e até do erro clínico. Consequentemente, as escolas, ao promoverem estratégias que foquem e aumentem as práticas de Cuidar, devem tratar, igualmente, de desenvolver a maturidade dos seus alunos no plano das suas disposições e características pessoais, valorizando, assim, as dimensões psicológica, ética e deontológica da formação dos futuros profissionais de enfermagem (Canales, 1994).

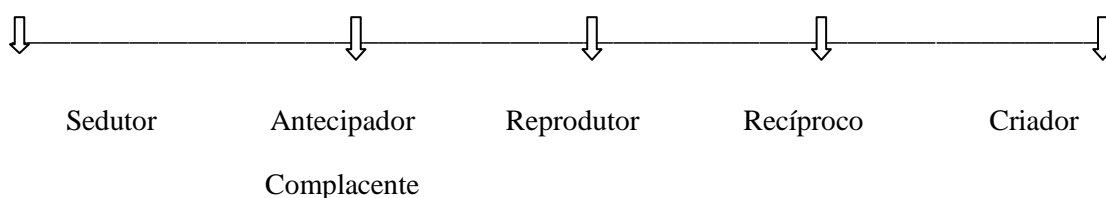


Figura. 1.2 - Continuum de maturidade do estudante (adaptado de: Bevis, 2005)

Considera-se, assim, que o apoio dos professores aos estudantes de enfermagem a que se referem Karayurt e Dicle (2008), no que concerne à transição do ensino secundário para o superior, no 1º e no 2º ano, e, posteriormente, no 3º e no 4º ano, à transição do ensino universitário para a vida profissional, implicará não só o incentivo teleonómico às construções pessoais dos alunos, mas também a auto-regulação dos processos de aprendizagem. As variáveis pessoais que nele intervêm, ao influenciarem-se

mutuamente, podem ajudar a explicar as condições em que se processa, neste contexto, a preconizada abertura à complexidade e à autonomia individual (Peixoto, 1995).

Entretanto, no que tange aos factores situacionais (ou variáveis socio-demográficas e escolares referidas anteriormente), constatamos, por exemplo, a relação directa existente entre o meio familiar e o QI (Björklund, Eriksson & Jäntti, 2010; Conley & Glauber, 2008; Lindahl, 2008; Pettit, Yu, Dodge & Bates, 2009). É evidenciada, neste contexto, a riqueza da estimulação resultante da abundância de livros e outros materiais de aprendizagem existentes no meio familiar, além da quantidade e qualidade do reforço e reconhecimento que a criança recebe dos pais pelo seu desempenho académico, sendo ainda de salientar as expectativas destes em relação à educação dos filhos. O poder económico da família permite a aquisição de bens veiculadores de cultura (livros, ingressos para teatro, cinema, concertos, ópera, viagens, entre outros) e traduz um determinado nível cultural que influencia não só a opinião e o comportamento do estudante relativamente à escola, traduzido na expressão oral e escrita, por exemplo, como uma maior capacidade de análise e reflexão acerca do mundo que o rodeia.

Tavares e Alarcão (2005) consideram a família "como um dos principais factores de intervenção e de influência no processo de desenvolvimento e de aprendizagem" (p. 145) e Rosales (1992) alude à "importante influência do clima socio-cultural do aluno, da natureza do seu clima familiar, do nível de expectativas criadas, do tipo de linguagem que utiliza, etc." (p.98), ou seja, à "congruência socio-cultural" entre a escola e a família, caracterizada por um ambiente cuja relação com os pais se baseia no desenvolvimento da autonomia responsável, com moderada preocupação pelas tarefas escolares, em ambiente estimulante, propício ao diálogo, leitura e programas culturais (Santos, 1995).

Porém, a influência familiar não se define apenas pelo nível socioeconómico dos pais; é de considerar, igualmente, a escolaridade dos progenitores (ou dos seus substitutos), tanto porque pode influenciar os factores anteriormente descritos, como porque se associa a uma maior ou menor proximidade ao meio académico. Tavares e Alarcão (2005) referem-se à formação de imagens mentais por parte dos estudantes acerca do que se passa em suas casas e que refletem quer o que se diz e pensa quer a forma como se age; isto é, as imagens que os estudantes formam relativamente ao contexto de ensino/aprendizagem, são influenciadas pelas atitudes e concepções que os pais têm da

escola, do ensino e dos professores. Contudo, Shepherd (2008) verificou que, não obstante a existência de diferenças socioeconómicas entre os estudantes de enfermagem, não há relação entre o seu desempenho académico e o nível socioeconómico dos pais ou seus substitutos.

Foi demonstrada a influência dos pais no processo ensino/aprendizagem em que reforçam ou alteram a percepção de acordo com o que foi projectado, o que reflecte o que pensam e valorizam no contexto académico (Rubie-Davies, Peterson, Irving, Widdowson, e Dixon, 2010). Santos (1995), num estudo efectuado na ESEnfPD, verificou que os pais da maioria dos estudantes possuíam apenas o ensino básico. Jeffreys (2004) confirma que a escolaridade dos pais tem sido considerada um poderoso indicador da persistência dos estudantes nas tarefas académicas e formativas e que as dificuldades tendem a ser acrescidas quando se trata da primeira geração no ensino superior. Entre as explicações apresentadas para este fenómeno figuram os planos, as expectativas e as escolhas irrealistas e/ou muito desajustadas do estudante em relação à família, uma transição do ensino secundário (ou do ambiente laboral) para o superior que exige adaptação psicossocial, porquanto os factores em jogo contribuem, potencialmente, para maiores dificuldades de adaptação e de integração, que se associam, com frequência, a níveis mais elevados de stress, infelicidade e insatisfação. A mesma autora reconhece que os estudantes de enfermagem, principalmente os do género feminino com responsabilidades familiares, apresentam maior risco de insucesso (o que nos leva a questionar se, também, de erro), devido às tarefas que têm de desempenhar junto da família e que implicam menos horas de estudo, maior ausência das actividades académicas e dificuldades de desempenho. A este respeito, Gibbons, Dempster e Mountray (2007) concluíram que os estudantes têm a percepção de que a estrutura do curso não respeita quem tem filhos ou dependentes. A família é considerada como a principal fonte de apoio para o estudante; a base ou os alicerces em que se sente seguro (Sawatzky, 1998; Lo, 2002) e que encoraja, acredita nas suas capacidades, escuta os seus problemas e preocupações, expressa optimismo e está presente. Esta presença, porém, não é necessariamente física mas tem de ser sentida como disponível e encorajadora (Jeffreys, 2004).

As influências referidas anteriormente parecem, assim, configurar factores a estudar relativamente à ocorrência do erro e à forma como este influencia a aprendizagem. Nos

mesmos termos, optámos por verificar também se existe alguma associação entre a profissão e a escolaridade dos pais e o nosso objecto de estudo.

Por proveniência entendemos o local onde os estudantes viveram a maior parte dos últimos anos, podendo coincidir, ou não, com o lugar de onde são naturais. Segundo Jeffreys (2004) o estudante que tem de se deslocar preocupa-se com aspectos que estão para além dos académicos, de modo diferente dos colegas que vivem no local onde se situa a instituição de ensino que frequentam; têm de estabelecer residência, adaptar-se a um novo meio e passar por um processo de integração quer na cidade, quer no meio académico. O sucesso desta mudança depende da capacidade de adaptação à nova comunidade, distanciando-se, de alguma forma, do que deixou atrás, nomeadamente família e amigos. Barreiras interferentes com a aprendizagem, e portanto, pertinentes para o que estamos a estudar, incluem estar longe de casa e dos amigos que vão para diferentes instituições. Outras serão as diferenças geográficas e culturais em relação ao meio de proveniência, a dimensão da cidade para onde se vai estudar e a dificuldade em separar-se dos pais.

As exigências do estudo autónomo durante a aprendizagem clínica e a estadia nos serviços onde esta ocorre colocam, potencialmente, problemas a estudantes-trabalhadores. É assim aqui e noutros países, tal como sugere a advertência do estudante evitar trabalhar a tempo inteiro se deseja ter sucesso no curso de enfermagem (Martin, 2008).

Ser ou não financeiramente independente é um factor igualmente a considerar para o sucesso académico, ou para a continuação no curso, pois existem despesas como propinas, livros, materiais de aprendizagem e fardamento. Os estudantes mais velhos geralmente têm maiores obrigações e compromissos financeiros (Higginson, 2006; Jeffreys, 2004).

Os estudantes de enfermagem aspiram a tomar decisões por si próprios e motivam-se quando percebem que a formação corresponde às suas necessidades, baseando a aprendizagem na realidade e na experiência. Berbaum (1993) afirma que a motivação e as experiências anteriores são elementos importantes. Se não tem experiência de ser enfermeiro, tem-na de ser aluno: já o foi do secundário, enquanto adolescente, período da vida em que o indivíduo constrói a sua identidade e passa por um processo de socialização muito importante (Shepherd, 2008, Simões, Alarcão & Costa, 2008). E já

o foi, pelo menos, um ano no ensino superior ao aceder à aprendizagem clínica no 2º ano curricular do curso de Enfermagem e seguintes.

Martin (1991) afirma que os estudantes não chegam isentos de conhecimentos já que possuem ideias e concepções que, mesmo sendo *naïfes*, lhes permitem explicar o mundo ou um fenómeno de um ponto de vista pessoal, o que interfere de forma positiva ou negativa na aprendizagem. Das experiências anteriores, o nível das classificações obtidas será uma das mais marcantes: tanto os estudantes como a sociedade as valorizam e, mesmo que não sejam preditivas da competência profissional futura, são consideradas no acesso ao mercado de trabalho ou na continuação da formação académica (Carvalho, 2005; Reily & Obermann, 1999). Bevis (2005) reconhece que as classificações constituem um factor poderoso no que concerne a prestígio e progressão na carreira, desencadeando sentimentos de valorização, realização e orgulho, ou o seu inverso, se não forem positivas ou estiverem em desacordo com as expectativas do estudante. As experiências académicas anteriores influenciam a motivação (Ofori e Charlton, 2002) e os sucessos e insucessos experimentados relacionam-se com os objectivos (Spieker e Hinsz, 2004). A perseverança é influenciada pelo sucesso ou insucesso dos estudantes (Peixoto, 1986) e, de acordo com Reilly e Obermann (1999), os que tiveram insucesso no passado tendem a abordar as experiências de aprendizagem que têm de repetir com algum grau de pessimismo. Logo, neste contexto, torna-se relevante estudar a associação entre as classificações obtidas, a existência de Unidades Curriculares (UC) em atraso e a repetência do ensino clínico face à ocorrência de erro.

Para além de factores relacionados com os estudantes, outros há que lhes são externos mas essenciais para o sucesso do processo de ensino/aprendizagem. Será o caso do serviço onde decorre a aprendizagem clínica. No que se refere aos de âmbito de medicina e de cirurgia, os cuidados de enfermagem são, essencialmente, de âmbito generalista, as equipas de profissionais de saúde são numerosas e as situações clínicas, psicológicas e sociais dos clientes, muito diversas e, frequentemente, complexas. Sobre estes serviços Fonseca (2006) afirma que, de um modo geral, possuem características e dinâmicas que são favoráveis à aprendizagem mas que exigem uma intensa interacção intra e interpessoal. A forma como o estudante é acolhido influencia a sua aprendizagem e esta adaptação repete-se frequentemente ao longo do curso porque raramente o estudante regressa ao mesmo serviço. Assim, tem de se ambientar ao contexto clínico

que inclui as características dos serviços e da instituição e que podem influenciar a aprendizagem de modo positivo ou negativo (Hosoda, 2006; Simões et al., 2006). Um estudo de Hosoda (2006) com estudantes e supervisores clínicos demonstrou que os seguintes factores são, por ordem decrescente, os mais importantes no ambiente de aprendizagem clínica: atmosfera amistosa dos membros da equipa; relação pessoal/estudantes baseada em respeito e confiança; pessoal do serviço que apoia as actividades de aprendizagem; possibilidade de troca de opiniões sobre os cuidados; reconhecimento do estudante como membro da equipa. Mannix, Wilkes e Luck (2009) reconhecem que, enquanto a maioria dos serviços recebe bem os estudantes, alguns não o fazem, existindo mesmo situações de grande desconforto para quem aprende. Nem todos os serviços se adaptam às exigências do ensino clínico e, se há supervisores com boa preparação para o seu papel, o oposto também é verdade. O ambiente leva a que os estudantes nem sempre se sintam bem-vindos, em prejuízo da aprendizagem e da estabilidade da experiência clínica que lhes é proporcionada (Beadnell, 2006; Bradbury-Hones, Sambrook & Irvine, 2007; Dickson, Walter & Bourgeois, 2006; Jackson & Mannix, 2001; Mannix, 2009). Torna-se, assim, possível que os estudantes colocados em serviços detentores das características supraditas sejam mais propensos a cometer erros durante a aprendizagem clínica, tal como verificou Gomes (1999) em relação ao stress.

1.3. A Influência de Alguns Factores Pessoais na Aprendizagem e no Desenvolvimento.

Já referimos que cada estudante possui características que tornam o seu percurso de vida único. Logo, as suas experiências de ensino/aprendizagem clínica serão também influenciadas por variáveis disposicionais, atributos e crenças que, sendo determinantes para o crescimento do indivíduo, importa também realçar no presente contexto. De entre estas elegemos, pela sua relevância na literatura de pesquisa deste domínio, as percepções de auto-eficácia, o locus de controlo, o stress e o desenvolvimento moral. Apesar de se poderem relacionar com os demais factores aqui considerados, singularizamos o seu tratamento deliberadamente. Trata-se de variáveis de estudo consideradas estruturantes para a aprendizagem e para o desenvolvimento intelectual,

assumindo algumas delas essa condição em estudos anteriores da especialidade da psicologia educacional (Peixoto, 1986).

1.3.1 – Percepção de auto-eficácia.

A eficácia auto-atribuída é um conceito central na teoria da aprendizagem social de Bandura (1997) na qual o modelo de reciprocidade triádica concebe o comportamento individual como o resultado de uma interação, ou influência recíproca entre o indivíduo, os factores internos (de natureza cognitiva, afectiva e biológica) e as variáveis do ambiente, designadamente as de natureza social. A reciprocidade implicada nestes factores não significa que os seus determinantes possuam igual intensidade pois esta varia de acordo com as circunstâncias, sendo, também, necessário algum tempo para que cada factor exerça a sua influência (Bandura, 1997). Para Merriam e Caffarella (1999), a teoria de Bandura possui particular relevância precisamente devido ao carácter de interactividade entre os factores em apreço. Reconhece a importância da reciprocidade existente entre pessoa e meio ambiente, postulando que a aprendizagem se realiza, necessariamente, em contexto social. A aprendizagem social de Bandura combina orientações comportamentais e cognitivas a partir da observação de outros. Neste sentido, a aprendizagem acontece de modo vicariante, isto é, pela observação do comportamento de outras pessoas, sem que seja necessário executá-lo. Mas a pessoa também regula o seu comportamento ao verificar as consequências do mesmo (auto-regulação). A aprendizagem é influenciada por quatro processos: atenção; retenção ou memória; ensaio do comportamento; motivação. Antes de algo ser aprendido, é prestada atenção ao modelo, sendo que alguns modelos são mais apelativos do que outros, de acordo com o juízo efectuado pelo indivíduo quanto ao seu poder e competência, entre outros aspectos. A informação obtida através desta observação é retida ou armazenada para uso futuro e o observado é um modelo com o qual o comportamento dos próprios indivíduos é comparado segundo uma representação cognitiva. Depois, o comportamento é cognitivamente armazenado até que o indivíduo tenha motivação ou necessidade de agir de acordo com ele.

A modelagem na aprendizagem clínica tem sido reconhecida, essencialmente, pelo seu poder explicativo das condições em que os enfermeiros dos serviços se assumem como

modelos de papel para os estudantes (Carvalho, 2002; Lafuente, 1991; Rauen 1974; Santos, 1995).

Segundo Bandura “perceived self-efficacy refers to beliefs in one’s capabilities to organize and execute the courses of action required to produce given attainments.” (1997, p. 3)¹⁴. Nada é mais central ou penetrante do que as crenças de uma pessoa sobre a sua eficácia pessoal pois, a menos que acredite que pode alcançar o que pretende através das suas acções, o incentivo para agir será bastante reduzido. As crenças de eficácia auto-atribuída são, portanto, uma importante base da acção individual e os seus efeitos conduzem a fins determinados, dependendo os resultados obtidos do esforço colocado nas tarefas, da perseverança diante das adversidades, obstáculos e insucessos, dos padrões individuais de pensamento existentes, dos níveis de stress experimentados em face das exigências das tarefas e dos níveis de sucesso anteriores. Luszczynska, Scholz e Schwarzer (2005) esclarecem que a percepção de auto-eficácia possui uma natureza prospectiva e operativa e pode ser caracterizada com base na competência. Orienta-se para uma tarefa ou um domínio mas tem sido igualmente considerada abrangente, generalizada e estável face à competência pessoal para lidar com várias situações que potencialmente gerem stress. Esta tem sido a concepção de Schwarzer e Jerusalem (1995) e Sherer et al. (1982), citados por Luszczynska et al. (2005) que apontam para a universalidade deste conceito.

A auto-eficácia varia de acordo com três dimensões: magnitude (amplitude que caracteriza o desempenho de várias actividades, de acordo com os interesses do indivíduo); força (confiança que o indivíduo revela possuir na sua capacidade para desempenhar cada actividade associada a um conjunto de comportamentos); generalidade, a confiança que o indivíduo tem e lhe permite ir além de um conjunto de comportamentos, para outros semelhantes (Laschinger, 1996; Rosen, 2000; Souza & Souza, 2004).

De acordo com Bandura (1997), as precondições da auto-eficácia são: o cumprimento da tarefa (concretização real de um comportamento); a observação vicariante (observação do comportamento noutro indivíduo); a persuasão verbal (encorajamento dirigido às capacidades do indivíduo); o estímulo emocional (regulação de estados

¹⁴ “A auto-eficácia percebida refere-se às crenças nas capacidades da pessoa para organizar e executar as acções necessárias que produzam determinados objectivos.” (Tradução livre, da autora)

como ansiedade ou fadiga, que influenciam o modo como o indivíduo avalia as suas capacidades).

A percepção de auto-eficácia possui um valor preditivo do comportamento, afecta os objectivos e o modo de os alcançar e desencadeia as tomadas de decisão para enfrentar os desafios (Luszczynska, et al., 2005; Spieker & Hinsz, 2004). As pessoas com percepção de auto-eficácia elevada focam-se no seu futuro, imaginam possíveis cenários de sucesso e comprometem-se mais com o planeamento desse sucesso (Luszczynska, et al., 2005) e, perante as dificuldades, esforçam-se mais e são mais persistentes (Ford-Gilboe et al., 1997). De acordo com Hagquist, Bruce e Gustavsson (2009), acreditam nas suas capacidades, consideram as tarefas complexas como desafios que abordam com confiança, investem mais tempo no planeamento e na preparação e são persistentes na resolução de problemas, mesmo em situações adversas (das quais recuperam rapidamente). Deste modo, o construto em apreço influencia o desempenho, a persistência e o investimento na tarefa e, por conseguinte, a avaliação da mesma após a sua conclusão, modificando o comportamento em futuras tentativas (Spieker & Hinsz, 2004). O desempenho influencia, por sua vez, as percepções de eficácia auto-atribuída (Ford-Gilboe et al., 1997).

São muitas as variáveis abordadas pelos estudos sobre percepções de auto-eficácia. Foi encontrada relação estatisticamente significativa entre a percepção de auto-eficácia generalizada e o género, sendo as atribuições deste domínio mais elevadas no masculino (Källmén, 2000; Souza & Souza, 2004). Os estudantes com percepções de auto-eficácia mais elevadas apresentam melhores classificações académicas (Rosen, 2000). Ofori e Charlton (2002) constataram, ainda, a existência de percepções de auto-eficácia elevadas nos estudantes mais velhos. Além disso, encontrámos alguns estudos que associam este construto ao erro. A aprendizagem com os erros foi alvo de um estudo sobre o comportamento crítico e reflexivo no trabalho verificando-se que as auto-atribuições positivas de eficácia favorecem as aprendizagens nesse ambiente (van Woerkom, Nijhof & Nieuwenhuis, 2002). As pessoas que duvidam das suas capacidades estão mais sujeitas a errarem (Costa, 2002). A percepção de auto-eficácia para prestar cuidados de enfermagem afecta o desempenho de tal modo que estudantes que duvidam muito das suas capacidades nessa função recusam-se, frequentemente, a iniciar uma tarefa para evitarem cometer erros (Stump, 2010).

Quanto ao sucesso ou insucesso anterior, Kihlstrom e Harackiewicz (1990) afirmam que o primeiro aumenta a auto-eficácia e o segundo a diminui. Em Portugal, Valente (2002) verificou que a auto-eficácia diminui com o número de reprovações.

Este conceito é frequentemente investigado em enfermagem e a teoria de Bandura é considerada aplicável à formação de enfermeiros (Andrew, 1998; Hagquist et al., 2009; Jeffreys, 2004; Laschinger, 1995; McLaughlin et al., 2007). Porém, é um construto pouco estudado no desempenho dos estudantes de enfermagem (Jeffreys, 2004; McLaughlin et al., 2007). Os indivíduos (enfermeiros ou estudantes de enfermagem) necessitam de sentir-se confiantes na prestação de cuidados, seja na manipulação de equipamento médico, na administração de terapêutica, na educação para a saúde ou na documentação dos cuidados prestados. (Hagquist et al., 2009). Para Chlan, Halcon, Kreitzer e Leonard (2005) a percepção de auto-eficácia do estudante de enfermagem é essencial para desenvolver competências na prestação de cuidados de qualidade. Especificamente, verificou-se que os que possuem percepções mais elevadas de auto-eficácia pensam, agem e sentem de modo diferente; assumem a prestação de cuidados com confiança e, perante a incerteza, esforçam-se e são mais persistentes. Também, preparam-se antecipadamente para as actividades que têm de desempenhar, estudam de modo a fundamentar as suas acções e utilizam mais eficazmente as fontes de apoio (Jeffreys, 2004; Ofori & Charlton, 2002).

Uma investigação de Ford-Gilboe et al. (1997) verificou que a prática clínica dos estudantes de enfermagem aumentou a percepção da sua auto-eficácia, independentemente da experiência anterior ou da idade, sendo o seu desempenho ou a observação vicariante as influências mais fortes. Os autores verificaram ainda que os estudantes podem aumentar as suas percepções de auto-eficácia em pouco tempo. McLaughlin, et al. (2007) confirmaram que esta variável foi preditiva das classificações finais e identificou os estudantes em risco de insucesso. Porém, para que a aprendizagem clínica aumente a percepção de auto-eficácia do estudante, a relação deste com o supervisor é muito importante, especialmente no que se refere ao feedback orientado para os objectivos, que deve ser também de encorajamento e situar-se, temporalmente, o mais próximo possível, do comportamento.

Bandura (1985, 1997) considera que os pensamentos dos indivíduos acerca da sua auto-eficácia influenciam a forma como desempenham as actividades e, consequentemente,

os resultados possíveis. Explica, ainda, que as pessoas com elevadas percepções de auto-eficácia visualizam cenas de sucesso que as guiam num desempenho positivo mas quando se consideram ineficazes entendem as situações de incerteza como arriscadas e tendem a esperar cenários de insucesso.

1.3.2 – Locus de controlo.

A teoria de aprendizagem social de Rotter (1954) é descrita por Ribeiro (2000) como uma abordagem cognitivo-comportamental cuja variável essencial¹⁵ consideramos importante para a compreensão do fenómeno em estudo: o locus de controlo, introduzido por Rotter em 1966 como componente da aprendizagem social (Almeida & Pereira, 2006; Barros, Barros & Neto, 1993; Merriam & Caffarella, 1999; Otten, 1977). É interno quando “(...) se refere à percepção de controlo pessoal sobre o resultado da situação ou o reforço e, por isso, tende-se a percebê-lo como resultante das próprias acções” (Ribeiro, 2000, p. 303); é externo quando há percepção de “(...) falta de controlo pessoal sobre a situação ou de que o resultado não é/está dependente do próprio comportamento e, por isso, há uma tendência a percebê-lo como resultante de factores exteriores, como sorte ou acaso.” (Idem). O locus de controlo não se classifica de forma dicotómica nem categorial; é unidireccional e segue um *continuum* que vai da internalidade extrema à externalidade extrema, em que os indivíduos predominantemente internos tendem a classificar as situações de acordo com a sua própria competência, encontrando-se aquelas, por conseguinte, sob o seu controlo, e os predominantemente externos atribuem-nas a factores acidentais, como a sorte, que se encontram fora do seu controlo (Almeida & Pereira, 2006; Burguer, 2006; Burón Orejas, 2000; Otten, 1977; Ribeiro, 2000). Barros et al. (1993) explicam que o locus de controlo é definido como uma crença, uma percepção ou uma expectativa de reforço. Resumidamente, indica se os indivíduos percebem, ou não, o seu controlo sobre as situações ou acontecimentos (Heintz, Jr. & Steele-Johnson, 2004).

O locus de controlo insere-se num processo de aprendizagem social, por observação de instruções e incentivos advindos de outros significativos. Resultados de investigações apresentadas por Almeida e Pereira (2006) chegam aos seguintes resultados: a definição para a internalidade ou a externalidade estabelece-se cedo e mantém-se estável;

¹⁵ Rotter, em 1966, designava por crença, percepção, expectativa e, também, variável. (Barros, Barros e Neto, 1993)

desenvolve-se gradualmente no sentido da internalidade durante a adolescência (assumindo, neste particular, uma dimensão desenvolvimentista).

A motivação para actividades de aprendizagem, no adulto, pode ser explicada, entre outras variáveis, pelo locus de controlo (Merriam & Caffarella, 1999), fenómeno que tem sido intensamente estudado, especialmente depois da década de 1970 (Barros et al., 1993; Ribeiro, 2000; Ng, Sorensen & Eby, 2006).

Os indivíduos internos acreditam que podem controlar os acontecimentos, prestam atenção ao ambiente de modo a obterem informações úteis para o seu comportamento futuro, tentam melhorar as suas condições de funcionamento no contexto/ambiente em que se movem, atribuem mais valor às competências e reforços de realização, nomeadamente aos insucessos, e são mais resistentes às influências externas. Os externos sentem que os acontecimentos dependem de si, mas não na totalidade, o que levou Rotter a diferenciar os externos defensivos, que acreditam que as pessoas poderosas podem influenciar os seus resultados, dos passivos ou congruentes, que demonstram uma crença causal na sorte, no acaso ou em algo impossível de controlar. Os internos controlam cognitivamente as situações, com recurso à informação, aos processos atencionais e à competência. Por conseguinte, a aprendizagem é diferente para os indivíduos internos e externos, o que não significa que quanto mais interno se é, melhor serão as experiências de aprendizagem, sendo indispensável evitar os juízos de valor a este respeito (Barros et al., 1993). Os estudos alertam para a inexistência de tipos puros de externos/internos conforme o demonstram as características a seguir indicadas: as pessoas internas têm mais competências afectivas, sociais e cognitivas, são mais tolerantes, sociáveis, intelectualmente eficazes, assertivas, independentes, afectivas, criativas, autónomas e detêm mais auto-confiança, bem como eficácia na aquisição, retenção e utilização de informação adquirida do meio; os externos tendem a ser mais agressivos (em consequência da impotência social e frustração), dogmáticos e desconfiados, recorrendo, com maior frequência, a mecanismos de defesa (Joe, 1971); No seguimento desta ideia, Ng et al. (2006) sugerem a existência de um foco cognitivo quanto ao que a pessoa acredita que consegue ou não controlar face às cognições no trabalho, decorrendo essa constatação de atitudes e comportamentos que advêm de três processos cognitivos distintos: auto-avaliação do bem-estar; motivação intrínseca; orientação cognitiva para o controlo activo do comportamento.

O locus de controlo tem sido muito estudado na psicologia e na educação (Barros et al., 1993; Burón Orejas, 2000; Peixoto, 1986). Barros et al. (1993) resumem três motivos pelos quais este construto é abundante na literatura de pesquisa em psicologia: 1) movimenta importantes variáveis sociocognitivas da personalidade como expectativas, reforço e controlo; 2) tenta proceder à integração de várias correntes psicológicas como o behaviorismo, o cognitivismo e, possivelmente, a psicanálise; 3) incide em fenómenos sociais importantes. Ainda de acordo com os mesmos autores, Rotter (1990) declarava o valor heurístico do locus de controlo devido às seguintes características que lhe dão forma: clareza do conceito; integração num contexto teórico mais alargado; possibilidade de medição com fundamentos teóricos; programação da investigação original. A sua importância está no valor atribuído ao reforço e às expectativas, que, por sua vez, tem a ver com a complexidade do indivíduo em contextos específicos, pois cada um entende o mundo de modo diferente e, neste caso, o efeito do reforço não é automático, dependendo, antes, das expectativas e da compreensão da relação causal entre o comportamento e a respectiva recompensa (Barros et al., 1993). Burón Orejas (2000) descreve-o como um estilo de pensamento; uma forma particular do indivíduo se ver a si e ao ambiente que o cerca; uma expectativa generalizada relativamente estável – isto é, uma forma de perspectivar o futuro. Numa meta-análise efectuada por Ng et al. (2006) demonstrou-se a existência de relação directa entre o locus de controlo e a auto-avaliação (os internos avaliam continuamente o seu mérito, o que lhes permite adaptarem-se para manterem o controlo dos acontecimentos) e a motivação (os internos têm mais motivação para aprender e maior sentido de poder). Foi também verificado que sentem mais bem-estar e ligação afectiva com o mundo do trabalho. O locus de controlo interno está positivamente relacionado com a autonomia no trabalho e com o sucesso na carreira; os indivíduos assim orientados fazem o que lhes é mais favorável, apresentam melhor desempenho, obtêm realizações mais satisfatórias e atingem os seus objectivos de forma mais regular. Nesta ordem de ideias, e em contexto académico, estamos diante de uma variável motivacional que influencia a selecção das estratégias de estudo e, por conseguinte, a realização escolar (Ribeiro, 2000). Os estudantes com orientação predominantemente externa atribuem o seu fracasso ao professor enquanto os internos apresentam mais esforço, persistem no estudo e crêem nas suas possibilidades de sucesso, enquanto detentores das referidas qualidades, que muito os favorecem. Essas qualidades particularmente conotadas com o sucesso podem tornar o insucesso difícil porque os indivíduos se responsabilizam pela sua própria aprendizagem, ao

contrário dos externos que evitam o insucesso mas, se o mesmo acontecer, não se responsabilizam tanto pela sua ocorrência (Barros et al., 1993; Ribeiro, 2000).

Uma investigação desenvolvida por Heintz Jr. e Steele-Johnson (2004) concluiu que os indivíduos com locus de controlo interno se orientavam mais para os objectivos da aprendizagem enquanto aqueles com locus de controlo externo apresentavam mais comportamentos de evitação. Verificou-se uma relação positiva entre o locus de controlo interno e o sucesso académico traduzido em classificações mais elevadas (Dweck & Elliot, 1983 em Burón Orejas, 2000).

O estudo, neste contexto, de variáveis sociodemográficas, como a idade (Barros et al. 1993), revela-nos que os indivíduos apresentam características de maior externalidade ao longo da adolescência, mas que, na idade adulta, a internalidade vai aumentando. Depois, na terceira idade, verifica-se, novamente, um aumento da externalidade. Os resultados dos estudos de Lefourt (1976), Brown (1993) e Murray-Harvey (1993), referidos por Ofori e Charlton (2002), demonstraram que os estudantes de enfermagem mais velhos são mais internos.

Quanto ao género, Barros et al. (1983) referem que se tem vindo a verificar que os indivíduos do género masculino tendem, também, para a internalidade. Expectavelmente, e segundo os mesmos autores, os indivíduos pertencentes a classes sociais e níveis socioeconómicos mais baixos tendem mais para a externalidade. Estes resultados são corroborados por Burón Orejas (2000). Citando Dyal (1984), estes autores afirmam que se provou que, de um modo geral, as práticas pedagógicas que fomentam a autonomia e a responsabilidade proporcionam condições mais propícias ao desenvolvimento da internalidade.

A principal fonte de interesse de Rotter (1966) são as crenças causais sobre a relação entre acções e resultados, sendo estes últimos determinados pelo comportamento do próprio indivíduo, geradores ou desmobilizadores de poder (dependendo da crença existente sobre a capacidade de produzir o comportamento necessário). As pessoas que encaram os resultados como sendo determinados por si mesmas, mas não possuem as competências necessárias para terem sucesso na sua obtenção, experimentam baixa auto-eficácia e atribuem às actividades um sentido de futilidade (Bandura, 1997).

Com vista a determinar a relação entre locus de controlo e percepção de auto-eficácia, Bandura (1997) apresenta numerosos estudos que comprovaram o poder preditivo do comportamento de ambos, com a particularidade de nem sempre haver correlação positiva entre um e outro. Porém, Ng et. al (2006) verificaram, numa meta-análise, que o locus de controlo é um factor de previsão da auto-eficácia e, neste sentido, os internos possuem uma percepção de competência para a tarefa devido à sua confiança na capacidade para controlarem o seu próprio trabalho e alcançarem os resultados pretendidos. Simultaneamente, em comparação com os externos, têm maior sensação de poder porque acreditam na sua capacidade para assumir o controlo e fazer as escolhas necessárias à consecução dos objectivos.

No âmbito da formação em enfermagem, um estudo de Kukul, Buldukoglu, Lulalaç e Köksal (2006), demonstrou que o locus de controlo influencia o nível de comunicação e o apoio dos pares. Neste mesmo sentido, Ofori e Charlton (2002) verificaram que, como regulam melhor o seu próprio comportamento, os internos sabem quando e como solicitar apoio e que o locus de controlo e a auto-eficácia são factores de motivação académica que influenciam o desempenho dos estudantes.

No que se refere especificamente à relação entre locus de controlo e erro não encontramos qualquer investigação efectuada no âmbito do ensino da enfermagem. Porém, Pearson (1986), ao incluir o erro e o locus de controlo no seu estudo sobre o sucesso das mulheres na vida académica, em geral, verificou que, sendo interno, se constituía como um dos factores desse sucesso. Mais recentemente, no domínio de medicina, dois estudos incidiram nesta relação. O de Christensen, Levinson e Dunn (1992), teve como objectivo, entre outros, descrever o que os médicos pensam e sentem sobre os erros que cometem e concluiu que o locus de controlo influencia as emoções e a recordação do ocorrido. O facto da comunicação do e sobre o erro depender do grau de competição levou os autores a recomendarem que se estimule a discussão sobre o erro durante o processo formativo bem como a continuação da investigação deste domínio. O de Borrell-Carrió, Páez Regadera, Suñol Sala, Gil Terrón e Martí Nogués (2006) pretendeu avaliar como os médicos de cuidados de saúde primários percebiam e enfrentavam os erros cometidos de acordo com diferentes variáveis, incluindo o locus de controlo, tendendo, nesta circunstância, os mais internos para reacções emocionais mais fortes após cometerem o erro.

Karayurt e Dicle (2008) defendem que é possível desenvolver currícula que encoraje o locus de controlo interno e que se espera que a internalidade aumente ao longo do curso. A este respeito, referem uma investigação de Yesilyaprak (2000) que o comprova, através de um estudo longitudinal, do 1º ao 4º ano, que o locus de controlo interno é um importante indicador da maturidade do estudante de enfermagem. Sendo assim e, também com fundamento nos estudos acima referidos, envolvendo médicos, consideramos tratar-se de uma disposição, ou factor a investigar relativamente ao erro dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica.

1.3.3 – Stress.

No ensino superior, o indivíduo está ainda mais exposto a tensões e exigências marcadas pelas condições de acesso, competitividade, adaptação ao meio, desempenho, relações com os colegas e professores, avaliações e outros factores (Pereira, 2006). Relativamente aos estudantes de enfermagem, foi demonstrado que são os que, no ensino superior, apresentam níveis mais elevados de stress físico e psicológico (Edwards, Burnard, Bennett & Hebden, 2010; Jones & Johnston, 1997; Pacheco, 2008; Sawatzky, 1998), mesmo quando comparados com estudantes de outros cursos de saúde como fisioterapia, medicina ou medicina dentária (Beck, Hackett, Srivastava, McKim & Rockwell, 1997; Deary, Watson & Hogston, 2003; Edwards et al., 2010; Gomes, 1999).

Sawatzky (1998) e Ribeiro (2007) apresentam uma evolução epistemológica de stress que importa compreender. Foi definido por Selye, em 1956, primeiro de acordo com uma orientação de estímulo/resposta, em três estádios de síndrome geral de adaptação: reacção de alarme; resistência; exaustão. O autor reconheceu condições exógenas e endógenas em resposta a factores que provocam stress. Foi ainda Selye quem distinguiu o stress negativo ou indesejável (*distress*), do positivo ou desejável (*eutress*). Lazarus e Folkman (1984), sugeriram uma definição relacional, que inclui o ambiente, e se designa por stress psicológico, isto é: “psychological stress is a particular relationship between the person and the environment that is appraised by the person as taxing or exceeding his or her resources and endangering his or her well-being”¹⁶ (citado por

¹⁶ “O stress psicológico é uma relação particular entre a pessoa e o ambiente, avaliada por essa pessoa como exigindo ou sendo superior aos seus recursos, colocando em risco o seu bem-estar. (tradução livre, da autora)

Sawatzky, 1998). No mesmo ano, Pollock introduziu a dimensão social, definindo o stress como o conjunto de fenómenos fisiológicos e psicológicos, incluindo o acontecimento objectivo (ou gerador de stress), a percepção da pessoa quanto ao mesmo, os factores condicionadores (ou estímulos contextuais), os vários processos intervenientes e as manifestações de resposta ao stressor.¹⁷ Por sua vez, Paúl e Fonseca (2001) apresentam um conceito de stress que “(...) abrange as reacções emocionais e cognitivas às ameaças e desafios inerentes ao quotidiano e aos acontecimentos da vida (...)” (p. 62) e tem em conta não apenas o que se passa com o indivíduo, mas ao seu redor (como cataclismos e condições do ambiente que podem não ser percebidos até constituírem uma ameaça à saúde e ao bem-estar).

Para se entender algo como stressor, o indivíduo interpreta-o por um destes processos: perda, relativamente a danos que já aconteceram; ameaça, por antecipação de perigos futuros iminentes que ainda não ocorreram; desafio, entendido como exigências que, mesmo sendo difíceis, levam o indivíduo a ter confiança de as ultrapassar, ao mobilizar recursos pessoais. Neste sentido, entre outros traços ou atributos disposicionais, que influenciam a percepção dos stressores e do desencadeamento de stress, está o da auto-eficácia. Por sua vez, a avaliação faz-se de dois modos: primária, relativamente ao que se passa; secundária, referente aos recursos de enfrentamento que o indivíduo possui (Lazarus, 1993, citado por Ogden, 2004 e por Ribeiro, 2007, e Serra, 1990, referido por Ramos & Carvalho, 2007).

As situações não são inerentemente geradoras de stress; é a avaliação do acontecimento, individual e situacional, que o determina. Por outro lado, o stress possui aspectos positivos para o indivíduo, levando ao seu melhor desempenho, desde que moderadamente presente. Neste sentido, sob condições de stress, o desempenho pode ser adequado desde que a estimulação seja convenientemente regulada (Gibbons et al., 2007; Kushnir, 1986). O nível óptimo de stress é designado por *eutress* e pouco se tem estudado sobre as suas fontes nos estudantes de enfermagem (Gibbons et al., 2007). Porém, se a homeostasia não é restabelecida num determinado período de tempo, que é subjectivo e dependente do equilíbrio e da eficácia do controlo do stress, o *eutress* evolui para *distress*, ou seja, afecta o bem-estar e os factores são interpretados de modo diferente (Gomes, 1999). A forma de entender e enfrentar o stress é individual e

¹⁷ Utilizamos este vocábulo, inglês, que designa um estímulo que gera stress.

influenciada pelo *hardiness*, isto é, o conjunto de formas de encará-lo, que incluem o modo como o indivíduo o compreende, os desafios que se coloca e o controlo que demonstra possuir sobre o mesmo. A resiliência, entendida como capacidade de desenvolver estratégias para enfrentar o stress, também é importante. Ser optimista ou pessimista, mais ou menos ansioso, ter a percepção de controlo pessoal ou possuir apoio familiar e social são, ainda, aspectos a considerar na forma de entender e gerir o stress (Straub, 2005).

Uma situação geradora de stress é aquela para a qual o indivíduo tem a percepção de não possuir comportamentos de resposta, exigindo-lhe uma nova adaptação de natureza física, psicológica ou social (Serra, 1989, citado por Ramos & Carvalho, 2007). A referida situação advém do meio envolvente, da vida pessoal, das organizações, das relações interpessoais e de si próprio (Ganhão, 1993, citado por Ramos & Carvalho, 2007).

Os tipos de stressores para os estudantes de enfermagem mantêm-se os mesmos desde 1930 e são mais acentuados durante a aprendizagem clínica (Sawatzky, 1998). O autor agrupa os stressores em quatro áreas principais: pessoal; social; académica; experiências clínicas. Os stressores pessoais relacionam-se com o estado emocional e os sentimentos do estudante para com a profissão de enfermagem; os académicos estão associados a regras e políticas do curso, ao relacionamento com os professores e à coordenação com os horários das aulas e dos ensinamentos clínicos. As expectativas dos supervisores de ensino clínico apresentam-se como o stressor mais forte. Outros, igualmente importantes, são a competição pelo poder, as classificações, os sentimentos de falta de poder e a insegurança pessoal. Elfert (1976) e MacMaster (1979), também referidos por Sawatzky (1998), verificaram que o ensino clínico é um dos principais factores geradores de stress. Uma investigação de Rhead (1995), identificou vários factores geradores de stress, nomeadamente, a morte dos clientes, a falta de compreensão, por parte dos professores e enfermeiros dos serviços, pelas dificuldades dos estudantes e as eventuais dificuldades destes em conciliarem a vida familiar com a académica (Gibbons et al, 2007).

O contexto hospitalar é difícil para o estudante de enfermagem em aprendizagem clínica, pois tem de enfrentar situações de vida e de morte, além de outras que são complexas devido aos estados patológicos dos doentes. A aprendizagem clínica é,

ainda, geradora de stress devido a dificuldades de relacionamento com clientes e supervisores, principalmente a falta de apoio e de feedback por parte destes, a complexidade de assumir o papel de prestador de cuidados, avocando a respectiva responsabilidade, a insegurança na execução de alguns procedimentos, o sentimento de incompetência, o facto de estar sob avaliação, a incapacidade de lidar com a dor, o sofrimento e a morte, a sobrecarga de trabalhos escritos e correspondente escassez de tempo para conciliar as diferentes tarefas que lhe incumbem e, finalmente, o imperativo de se confrontar com uma realidade que é diferente da percebida durante a formação teórica (Paulino, 2007). Gibbons et al., (2007) apresentam pontos comuns com os anteriores e reconhecem que os estudantes de enfermagem trabalham mais horas e têm menos tempo livre do que os colegas de ensino superior, que o supervisor desencadeia stress não só pela sua presença, como por não proporcionar o apoio necessário e o feedback desejado, de forma atempada. Estes autores referem, também, neste contexto, a prestação de cuidados e o próprio cliente, quer pela doença em si quer pela possibilidade de morte. No que se refere às relações com as equipas dos serviços, apontam os conflitos com o pessoal, a insegurança com a sua competência, a percepção da sua falta de prática, a pressão para a prestação de cuidados em tempo útil e as avaliações. Além disto, têm medo de errar, não dispõem de tempo livre e apresentam preocupações financeiras.

Pacheco (2008) desenvolveu uma investigação na qual identificou causas e manifestações de stress em estudantes de enfermagem. Concernente ao primeiro aspecto, encontrou causas relacionadas com: a) os doentes (agravamento do estado de saúde, morte, não aceitação que um estudante lhe preste cuidados); b) a natureza da aprendizagem (procedimentos novos e dificuldade em estabelecer prioridades); c) o processo de aprendizagem (supervisão e classificação); d) situações pessoais (problemas familiares e de identificação com o doente).

Edwards et al. (2010) referem a existência de estudos desenvolvidos para avaliar o stress dos estudantes de enfermagem ao longo do curso, os quais evidenciam que os níveis de stress são diferentes durante a formação, havendo estudos que apontam para o seu aumento com a progressão no curso, mas outros que não o confirmam. Estes autores verificaram, através de um estudo longitudinal, que há factores que são prevalentes em toda a formação: exames, prazos para execução de trabalhos escritos, necessidade de estudar depois de um dia de aprendizagem clínica, medo de cometer erros e sofrimento

do cliente. Constataram que o stress é significativamente mais elevado no início do 3º ano e apontam como causas os papéis profissionais que tanto os próprios como os outros esperam nesta etapa. No final do curso, os níveis de stress diminuem. Finalmente, concluíram que o nível de stress dos estudantes de enfermagem é superior ao de qualquer outro na área da saúde.

Arries (2009) refere-se a vários estudos em que se concluiu haver relação entre os níveis de stress dos estudantes de enfermagem e o ambiente do serviço onde decorre o ensino clínico.

Beck e Srivastava (1991) começaram uma linha de investigação sobre o stress nos enfermeiros e nos estudantes de enfermagem, tendo igualmente desenvolvido um instrumento para sua avaliação. Verificaram que os primeiros apresentam níveis de stress menores que os segundos, diferença que atribuíram à maturidade, experiência anterior, melhor capacidade de resolução de problemas e melhores capacidades de gestão do stress. A sua investigação engloba quatro dimensões: escolha da carreira; ambiente académico; factores financeiros; factores pessoais. Os resultados obtidos apontam, por ordem decrescente, para as seguintes causas: muitas horas de estudo; exames e classificações; falta de tempo livre; responsabilidades financeiras; respostas administrativas às necessidades dos estudantes; demasiada responsabilidade; atmosfera criada pelos supervisores; hábitos pessoais negativos; falta de feedback atempado; responsabilidade pelos cuidados; dúvidas sobre a carreira de enfermagem. Também exploraram situações reais que desencadearam stress, figurando entre estas, por ordem decrescente: trabalho académico; falta de conhecimento e de experiência para cumprir a tarefa; actividades clínicas com que não estão familiarizados; relações com os doentes, incluindo os difíceis; expectativas pouco claras do ensino clínico e dos supervisores; efeitos na vida pessoal; desorganização do ensino clínico; situações pessoais (família e doença). Encontraram dados que lhes permitiu afirmar que o stress nos estudantes de enfermagem é elevado, colocando em risco a sua saúde mental.

Gomes (1999), usando o instrumento de Beck e Srivastava - Beck and Srivastava Stress Inventory (BSSI) - desenvolveu um estudo abrangendo dez escolas de enfermagem portuguesas para identificar os níveis e fontes de stress do estudante de enfermagem, bem como os acontecimentos que o geram em ensino clínico. Como principais conclusões, refere que as fontes de maior stress são de natureza académica,

nomeadamente, exames ou frequências, falta de tempo livre e sobrecarga de trabalhos e de matéria para aprender. Para além destas, seguem-se, por ordem decrescente: receio de fracasso escolar; longas horas de estudo; dificuldade na aprendizagem dos procedimentos da prática clínica; sensação de inadequação na actuação clínica; diferenças entre os valores da escola e os dos serviços; muita responsabilidade; lidar com a doença e a morte; responsabilidades financeiras; falta de feedback imediato; saúde de membros da sua família; sentir-se só; responsabilidades na prestação de cuidados; atmosfera criada pela equipa do serviço e outros problemas pessoais. Porém, não se verificou uma distribuição regular destas fontes de stress nas dez escolas de enfermagem estudadas, nem foi verificada qualquer relação estatística entre os níveis de stress e o género, local do ensino clínico, características do supervisor ou índices de repetência. Os níveis mais elevados de stress registaram-se no género feminino, nos solteiros, no serviço de ortopedia, na supervisão pelo professor de enfermagem (supervisor pedagógico) e nos casos em que o estudante estava a repetir. Foram contabilizados 240 acontecimentos geradores de stress, sobressaindo, em primeiro lugar, os relacionados com a prestação de cuidados (procedimentos técnicos, interacção com o cliente e organização dos cuidados de enfermagem), em segundo lugar, situações de início de aprendizagem (expectativas em relação ao desconhecido e passagem da fase teórica para a prática, seguidas de outras) e, em terceiro lugar, situações da relação pedagógica, quer com o professor (conflito e poder, bem como falta de empatia), quer com o enfermeiro supervisor (agressividade por parte deste, substituir o estudante na prestação de cuidados e orientações incorrectas). Os níveis de stress neste estudo foram ainda mais elevados do que os registados por Beck e Srivastava (1991).

A percepção de auto-eficácia está associada à maior capacidade para lidar com situações de stress (Luszczynska et al., 2005), pois o modo como o indivíduo percepção as suas capacidades afecta o comportamento, a motivação, o padrão de pensamento e as reacções emocionais (O’Leary, 1985, referido por Souza & Souza, 2004). Lazarus e Folkman (1987) consideraram que a auto-eficácia era um poderoso factor mediador da resposta ao stress (Jeffreys, 2004; Ogden, 2004; Ribeiro, 2007).

No que se refere à relação entre locus de controlo e stress, Cochran (1987), referido por Karayurt e Dicle (2008), verificaram a existência de uma correlação entre locus de controlo externo e níveis elevados de stress. Num estudo cuja população foi constituída

por enfermeiros, Schmitz, Neumann e Opperman (2000), verificaram que o stress está relacionado com locus de controlo externo.

Encontrámos vários estudos que associam o erro ao stress, nomeadamente no que se refere ao receio do segundo provocar o primeiro. Assim o demonstraram vários autores antes referidos e a revisão sistemática de Pulido-Martos, Augusto-Landa e Lopez-Zafra (2012).

Encontrámos também estudos que demonstram a existência de stress antes da ocorrência do erro. Neste particular, Kushnir (1986) inventariou a ocorrência dos seguintes erros: derramar líquidos; deixar cair objectos; atrasos; dificuldades na manipulação e utilização de objectos na prestação de cuidados; incapacidade de reagir ou actuar correctamente. Um estudo de Simões et al. (2008) verificou que, perante a iminência de um determinado procedimento, os estudantes ficam, por vezes, tão ansiosos que erram. Diz e Gomes (2008), num estudo para determinar a ocorrência de erros de medicação, reconhecem que o stress tem efeitos negativos no desempenho, levando à diminuição da atenção, da concentração e do discernimento.

1.3.4 – Desenvolvimento moral.

O desenvolvimento moral é entendido como um pré-requisito para o desempenho de papéis profissionais dos enfermeiros e dos estudantes de enfermagem (Munhal, 1982, citada por Ribeiro, 1995), uma vez que os indivíduos com raciocínio moral mais elevado tendem a respeitar mais as outras pessoas (Lourenço, 1992, citado por Ribeiro, 1995). Portanto, os estudantes de enfermagem com desenvolvimento moral mais elevado tendem a ser melhores enfermeiros (Ribeiro, 1995). Neste pressuposto, mesmo não encontrando estudos sobre a sua relação com o erro, entendemos ser pertinente o estudo desta associação.

A teoria de desenvolvimento moral de Kohlberg tem influenciado a formação e a investigação em enfermagem desde há mais de três décadas (Wilson, 1999). A teoria de Kohlberg segue a tradição cognitivo-desenvolvimentalista de Piaget, incidindo especificamente no modo como os indivíduos fazem juízos morais. Estes assentam em três qualidades: ênfase no valor e não no facto; efeito sobre a pessoa ou pessoas;

exigência de uma ação concreta. O desenvolvimento moral representa uma transformação que ocorre na forma ou na estrutura de pensamento relativamente ao que se entende como certo ou necessário. O princípio central é a justiça, um valor de igualdade em todos os indivíduos e de reciprocidade nas relações humanas. (Evans et al, 1998). Esta justiça “(...) não é um mero conjunto de regras e códigos, mas um princípio de pensar e agir moral perante conflitos de interesse ou dilemas éticos.” (Lourenço, 1996, 1998 citado por Lopes & Lourenço, 1998, p. 656).

Kohlberg estabelece sequências invariantes (ou estádios) para o desenvolvimento moral, as quais, segundo o próprio, representam estruturas holísticas numa sucessão hierárquica e etápica. O critério estrutural indica que as pessoas são consistentes no seu pensamento, pois num determinado estágio apresentam um padrão de raciocínio semelhante, independentemente do conteúdo ou situação. O critério sequencial refere-se ao facto dos estádios se manifestarem numa ordem específica e fixa, que é independente do contexto ou da experiência. O critério hierárquico indica que cada estágio pressupõe um desenvolvimento mais elevado relativamente ao anterior e incorpora aspectos de todos os precedentes. O raciocínio moral desenvolve-se numa sequência de seis estádios que são agrupados em seis níveis, em que cada um se define pela sua perspectiva sócio-moral numa relação entre o indivíduo e as regras e expectativas da sociedade; portanto, consoante os julgamentos de certo ou errado e de obrigação (Evans et al., 1998). Os estádios e respectivos níveis constam do Quadro C1¹⁸.

A perspectiva de Rest (1986) baseia-se nos aspectos essenciais da teoria de Kohlberg mas tem em conta dois outros elementos do pensamento: como as expectativas sobre as regras são conhecidas e partilhadas e como os interesses se equilibram. O autor identificou conceitos centrais para determinar os direitos e responsabilidades de cada estágio do desenvolvimento moral (Quadro C2).

Rest não contempla a existência de subestágios e a sua definição do estágio 6 é mais ampla. Rejeitou o modelo rígido de Kohlberg e apresentou uma alternativa, considerando que é mais adequado entender que percentagem de indivíduos raciocina num determinado estágio de desenvolvimento do que saber que um indivíduo se encontra num dado estágio. Rejeitou igualmente o desenvolvimento por etapas,

¹⁸ O Estilo APA (6ª ed.) estabelece que os Anexos são indicados com letras.

propondo a existência de evolução simultânea em vários estádios (Evans et al., 1998; Sivberg, 1998).

Kohlberg reviu a sua teoria por lhe ter reconhecido limitações, mantendo-a em aberto. Rest e colegas, por sua vez, seguiram a conceptualização do juízo moral com ênfase na cognição (Rest, Narvaez, Thoma & Bebeau, 1999, 2000). Rest e colegas propõem que o pensamento pós-convencional não será tão raro quanto Kohlberg o entendeu. Além disso, substituem o conceito de estágio pelo de esquemas, que concebem como sendo estruturas mantidas na memória a longo termo, formadas de acordo com as semelhanças e recorrências das experiências, activadas ou evocadas por estímulos actuais que recordam os anteriores.

Rest (1998) reconheceu a existência de uma relação entre a educação formal e o aumento da pontuação no instrumento que desenvolveu para avaliação do desenvolvimento moral – o DIT (Defining Issues Test) que descrevemos no capítulo da metodologia. As interpretações sugeridas incluem: socialização no ambiente universitário; desenvolvimento de crenças e valores durante o tempo académico; ambiente estimulador da universidade, que afecta as concepções de moralidade do estudante ao promover a reflexão e a auto-descoberta, influenciando, por sua vez, o pensamento moral; evolução ao longo da vida, incluindo o tempo de formação universitária (Sivberg, 1998). Em estudos desenvolvidos na Suécia, este autor verificou o aumento das médias do desenvolvimento moral em todos os anos do ensino universitário.

Kohlberg citado por Rego (1996) defendeu que cabe à escola um papel fomentador de uma concepção de justiça mais ampla e madura incompatível com o autoritarismo do ensino tradicional.

King e Mayhew (2002) reviram mais de 500 estudos com recurso ao DIT e concluíram que, intencionalmente ou não, o desenvolvimento moral é um resultado do ensino superior. Apenas dois desses estudos não apresentaram relação entre o desenvolvimento moral e o nível de escolaridade. Constataram também que, depois de deixar a universidade, o desenvolvimento moral estabiliza. As explicações avançadas para a existência desta relação são: a presença de um meio intelectual fomentador de troca de ideias; a exposição a múltiplas perspectivas sociais e a valores institucionais de

integridade académica; raciocínio, procura da verdade e responsabilidade pessoal, para além de alguns contextos serem, eventualmente, mais estimulantes do desenvolvimento moral. Encontraram diferenças de acordo com os cursos superiores, ainda que sem significância estatística, e referiram estudos que relacionam o desenvolvimento moral com variáveis como o sucesso académico e o locus de controlo.

Há unanimidade quanto à necessidade dos estudantes de enfermagem fazerem deliberações morais e deverem ser adequadamente preparados com base em enquadramentos teóricos sólidos e, ainda, quanto à circunstância da teoria de Kohlberg constituir um sistema adequado para explicar o desenvolvimento moral tanto de enfermeiros, como de estudantes de enfermagem. A formação em enfermagem tem um papel essencial no desenvolvimento moral e os professores são responsáveis por fomentá-lo porque é indispensável formar enfermeiros que acreditem que não causar dano é tão importante como fazer o que está correcto. Kohlberg e Rest, com a finalidade de estimular este desenvolvimento, propuseram que fosse proporcionada aos estudantes a oportunidade de efectuarem discussões em grupo, de partilharem as tomadas de decisão e de assumirem responsabilidade pelas consequências dos seus actos (Baxter & Boblin, 2007; Kim, Park, Son & Han, 2004; Mustapha & Seybert, 1989; Wilson, 1999). Munhall (1982) e Baxter e Boblin (2007) constataram que estudantes com um baixo nível de desenvolvimento moral colocam os clientes em perigo. Logo, neste âmbito, importa ir ao encontro de uma prática de cuidados mais humana e segura, justificando, assim, a nossa opção pelo estudo deste constructo no âmbito da presente investigação. Ketefian, referido por Yung (1997), verificou que quanto maior é o profissionalismo, mais elevado é o desenvolvimento moral. Sivberg (1998) defende que para fomentar o desenvolvimento moral é necessário o desempenho concreto de papéis, o que acontece no ensino clínico em enfermagem. Kim et. al (2004) referem que, a partir da primeira aprendizagem clínica, os estudantes começam a compreender a responsabilidade moral da profissão.

Existe evidência de que os estudantes finalistas de enfermagem apresentam níveis mais elevados de desenvolvimento moral do que os do 1º ano. Assim o concluem Krawczyk (1997) e Duckett et al. (1992), citados por Bebeau (2002). Por sua vez, Auvinen, Suominen, Leino-Kilpi e Helkama (2004) referem-se a um estudo longitudinal de Duckett et. al (1997) cujos resultados revelam a existência de juízos morais significativamente mais elevados no final do curso do que no início do mesmo e

propõem que os curricula enfatizem o envolvimento dos estudantes em tomadas de decisão morais, em oposição à doutrinação. O estudo de Auvine et al. (2004) revela, ainda, que o desenvolvimento moral alcançado pelos estudantes finalistas se encontra nos estádios 5 e 6.

Na revisão da literatura de Numminem e Leino-Kilpi (2007) sobressai, igualmente, o reforço da importância da teoria de Kohlberg e do DIT para o estudo do desenvolvimento moral em enfermagem, da sua relação com o tipo de curriculum e com as experiências éticas dos estudantes durante a aprendizagem clínica, da circunstância do raciocínio moral dos estudantes se situar nos níveis convencional e pós-convencional, do facto da formação em enfermagem ter um impacto positivo no desenvolvimento moral, mas não haver diferença significativa entre um determinado ano e o seguinte, e do caso da disciplina de ética e as discussões em grupo durante o curso influenciarem positivamente o raciocínio moral.

Wilson (1999) verificou que o género não constitui um factor diferenciador no raciocínio de justiça. Também Rest (1979), citado por Mustapha e Seybert (1989), não encontrou diferenças estatísticas no pensamento moral em função do género, ainda que o feminino obtivesse pontuações mais elevadas, sendo estes resultados consistentes com os de Auvine et al. (2004) e de Donleavy (2008). Contradita-se, assim, uma das principais críticas à teoria de Kohlberg cuja validação se diz assentar sobre amostras constituídas predominantemente por indivíduos do género masculino. Na verdade, a bibliografia consultada não apoia as diferenças de género defendidas por Gilligan, o que, transposto para a enfermagem, reflecte o facto de os indivíduos do género feminino não terem necessariamente maior sentido do que seja o cuidado em enfermagem (Donleavy, 2008).

Como previamente referido, Rest (1979) estudou a relação entre o nível de escolaridade e o desenvolvimento moral (Mustapha & Seybert, 1989), o mesmo sucedendo com King e Mayhem (2002), que também encontraram relação entre o desenvolvimento moral e a idade, afirmando, porém, ser importante controlar esta variável.

Jorgensen (2006) defende que a escolaridade é um indicador mais forte do desenvolvimento moral do que o género, enquanto Baxter e Boblin (2007) afirmam o mesmo relativamente à idade. Na revisão de literatura efectuada por Numminem e

Leino-Kilpi (2007), acima referida, concluiu-se não existir relação entre a idade e o desenvolvimento moral.

Existe associação entre o desenvolvimento moral e as melhores classificações académicas (Munhall, 1982, citada por Reilly & Obermann, 1999), sugerindo que, sendo o raciocínio moral de natureza cognitiva, dependente do conhecimento e do pensamento reflexivo, a formação em enfermagem deve fomentar a reflexão crítica e a pesquisa sistemática.

Não encontramos qualquer referência na literatura de pesquisa à existência de relação entre o erro na aprendizagem clínica e o desenvolvimento moral. Porém, tem sido constatado um aumento de actos fraudulentos nos estudantes de enfermagem (Hilbert, 1987, in Baxter & Boblin, 2007). De acordo com Rest (1986), citado por Baxter e Boblin (2007), os processos de acção moral incluem quatro etapas psicológicas que, no nosso entender, são coerentes com o processo de enfermagem: 1) interpretação da situação; 2) julgamento quanto à tomada de decisão sobre se as acções são moralmente correctas; 3) estabelecimento de prioridades e actuação de acordo com valores morais que tenham a ver com os valores do indivíduo; 4) acção consoante um plano moralmente correcto. Para as autoras, fomentar o desenvolvimento moral, implica a criação de um ambiente de aprendizagem que permita os erros e a resolução de problemas, no qual os estudantes tenham oportunidade de falar das situações difíceis que ocorrem e do que está certo e errado, pois o seu esforço para resolver o problema contribui para o referido desenvolvimento (Kohlberg, 1981, in Baxter & Boblin, 2007). Casterle, Janssen e Grypdonck (1996), referidos por Baxter e Boblin (2007), verificaram que a maioria dos estudantes de enfermagem se encontra no estágio 4 da teoria de Kohlberg, o que implica que se orientem, essencialmente, por normas, regras e deveres profissionais e sejam, ainda, incapazes de tomar decisões de acordo com os seus princípios morais. Daí que conheçam os códigos que regem a profissão e estejam envolvidos num contexto de abertura e diálogo promotor do desenvolvimento moral. Atendendo a isto e ao facto de que o erro implica, numa perspectiva construtivista, “(...) a lógica de pensamento do aluno num dado momento da construção de seus esquemas conceituais” (Correia & Lima, 2001, p. 558), interessou-nos arriscar o estudo da relação entre a ocorrência de erros e o desenvolvimento moral para a qual não encontramos alicerces teóricos explícitos. Neste sentido, consideramos que existirão diferenças na prestação de cuidados de acordo com os níveis de desenvolvimento moral dos

participantes, podendo relacionar-se com a possibilidade de errar, o que, por sua vez, pode afectar as estruturas cognitivas subjacentes ao desenvolvimento moral, proporcionando a sua evolução.

1.4. Definição da Finalidade do Estudo

Se atendermos ao afirmado por Silva (2001), relativamente ao estudo do erro no campo da enfermagem, facilmente concluimos que está praticamente tudo por fazer, não existindo evidências empíricas que sustentem a possibilidade de uma actuação esclarecida neste domínio de estudos. Assim, o nosso interesse por esta temática depara-se com uma vastidão de possibilidades de entrada nesta área de investigação, entre as quais sobressai, dentro da nossa área de interesses, a importância de analisar alguns factores associados aos erros cometidos pelos estudantes de enfermagem durante a aprendizagem clínica e as suas percepções relativamente a essas ocorrências e às oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento que decorrem dos erros cometidos.

A finalidade deste estudo é contribuir para uma melhor compreensão das possibilidades de aprendizagem e desenvolvimento que derivam da ocorrência dos erros cometidos em ambiente de aprendizagem clínica e, eventualmente, iniciar uma linha de investigação que permita aprofundar o conhecimento científico existente sobre este fenómeno, de modo a estabelecer estratégias que possibilitem cuidados de enfermagem seguros e de excelência a partir da formação inicial dos enfermeiros. Para esse fim, seguiremos uma abordagem integradora, baseada na metodologia mista, de natureza convergente, proposta por Creswell e Clark (2011), que descrevemos no capítulo seguinte.

Reservamos, assim, para o capítulo da metodologia a explicitação das questões e hipóteses de investigação, a identificação dos factores em estudo e sua operacionalização, a caracterização, quer da abordagem à investigação implicada na metodologia supradita, quer do contexto em que a investigação decorreu e, assim também, a descrição dos participantes e dos instrumentos de recolha de dados, de natureza quantitativa e qualitativa e, por fim, a enunciação dos procedimentos de recolha e de tratamento de dados.

Capítulo 2

Metodologia

Reservamos este capítulo para os aspectos metodológicos, a iniciar com as questões e as hipóteses de investigação, apresentando os factores em estudo e a sua operacionalização, a abordagem de investigação, as características do contexto, nomeadamente a ESEnfPD e os participantes, os instrumentos de recolha de dados, de natureza quantitativa e de natureza qualitativa e, por fim, os procedimentos de recolha e de tratamento de dados.

2.1 – Questões e Hipóteses de Investigação

As **questões de investigação** que norteiam este estudo são as seguintes:

Que factores estão associados ao erro cometido pelos estudantes de enfermagem durante a aprendizagem clínica?

Quais as percepções dos estudantes de enfermagem sobre os erros cometidos em aprendizagem clínica e a oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento que esta experiência lhes proporciona?

Para responder às questões anteriores, formulámos as seguintes **perguntas orientadoras**:

- 1) Qual é a percepção dos estudantes de enfermagem sobre o que é um erro na prestação de cuidados?
- 2) Que erros acontecem na aprendizagem clínica dos estudantes de enfermagem?
- 3) Que factores socio-demográficos e escolares dos estudantes de enfermagem estão associados à ocorrência de erro em aprendizagem clínica?
- 4) Que factores disposicionais, de auto-percepção de competências e de desenvolvimento estão subjacentes aos estudantes que cometem erros em aprendizagem clínica?
- 5) Que percepções possuem os estudantes de enfermagem que cometeram erros em aprendizagem clínica relativamente à ocorrência dos mesmos?
- 6) Em que medida os estudantes consideram que os erros cometidos contribuíram, dificultaram ou foram impeditivos da sua aprendizagem e desenvolvimento?

As hipóteses correspondentes constam do Quadro 2.1.

Quadro 2.1 – Formulação de hipóteses de acordo com os factores em estudo

| Factores | Hipóteses |
|---|--|
| Sócio-demográficos | 1- O tipo e o número total de erros em aprendizagem clínica variam em função do género ; 2- O tipo e o número total de erros em aprendizagem clínica variam em função da idade ; 3- O tipo e o número total de erros em aprendizagem clínica variam em função da proveniência ; 4- O tipo e o número total de erros em aprendizagem clínica variam em função do local de residência ; 5- O tipo e o número total de erros em aprendizagem clínica variam em função do estado civil ; 6- O tipo e o número total de erros em aprendizagem clínica variam estão associados à existência de filhos ; 7- O tipo e o número total de erros em aprendizagem clínica estão associados à coabitabilidade ; 8- O tipo e o número total de erros em aprendizagem clínica variam consoante a dependência financeira ; 9- O tipo e o número total de erros em aprendizagem clínica variam consoante o grupo profissional do pai ; 10- O tipo e o número total de erros em aprendizagem clínica variam consoante o grupo profissional da mãe ; 11- O tipo e o número total de erros em aprendizagem clínica variam consoante a escolaridade do pai ; 12- O tipo e o número total de erros em aprendizagem clínica variam consoante a escolaridade da mãe ; |
| Escolares | 13. O tipo e o número total de erros em aprendizagem clínica estão associados ao regime de frequência na instituição (trabalhador estudante) ; 14. O tipo e o número total de erros em aprendizagem clínica estão associados à média das classificações obtidas nas UC que antecedem a aprendizagem clínica ; 15. O tipo e o número total de erros em aprendizagem clínica estão associados à existência de unidades curriculares em atraso ; 16. O tipo e o número total de erros em aprendizagem clínica estão associados à repetência do ensino clínico ; 17. O tipo e o número total de erros em aprendizagem clínica estão associados à ocorrência de erro em ensino clínico anterior ; 18. O tipo e o número total de erros em aprendizagem clínica estão associados ao ano de frequência ; 19. O tipo e o número total de erros em aprendizagem clínica estão associados ao serviço onde decorre o ensino clínico ; 20. O tipo e o número total de erros em aprendizagem clínica estão associados à classificação final obtida no ensino clínico ; |
| Auto-percepção das competências dos estudantes | 21. O tipo e o número total de erros em aprendizagem clínica estão associados à auto-percepção das competências em ensino clínico ; 22. O tipo e o número total de erros em aprendizagem clínica estão associados a percepções de facilidade na aprendizagem endossáveis a factores internos; 23. O tipo e o número total de erros em aprendizagem clínica estão associados a percepções de dificuldade na aprendizagem endossáveis a factores externos; 24. O tipo e o número total de erros em aprendizagem clínica estão associados à percepção de facilidade na aprendizagem endossáveis a factores internos; 25. O tipo e o número total de erros em aprendizagem clínica estão associados à percepção de dificuldade na aprendizagem endossáveis a factores externos; |

Quadro 2.1 A – Formulação de hipóteses de acordo com os factores em estudo

| Factores | Hipóteses |
|------------------------|--|
| Disposicionais | <p>26. O tipo e o número total de erros em aprendizagem clínica estão associados à percepção de auto-eficácia generalizada dos participantes;</p> <p>27. O tipo e o número total de erros em aprendizagem clínica estão associados à orientação do locus de controlo dos participantes antes da aprendizagem clínica;</p> <p>28. O tipo e o número total de erros em aprendizagem clínica estão associados aos níveis de stress dos participantes;</p> <p>29. A percepção de auto-eficácia generalizada antes da aprendizagem clínica difere da percepção existente após a mesma;</p> <p>30. A orientação do locus de controlo antes do ensino clínico difere da orientação de locos de controlo após a aprendizagem clínica;</p> <p>31. Os níveis de stress registados antes e depois da aprendizagem clínica diferem entre si;</p> |
| Desenvolvimento | <p>32. O tipo e o número total de erros em aprendizagem clínica estão associados ao nível de desenvolvimento moral dos participantes;</p> <p>33. O nível de desenvolvimento moral antes da aprendizagem clínica difere do nível de desenvolvimento moral verificado após a mesma.</p> |

2.2 - Factores em Estudo e a sua Operacionalização

Resumimos os motivos de estudo de cada factor e o modo como está operacionalizado. A fundamentação da sua utilização encontra-se no enquadramento teórico pelo que neste subcapítulo apenas recordamos o que nos motivou a incluí-los.

Género: A enfermagem é uma profissão predominantemente feminina e interessou-nos saber se o tipo e o número de erros dos estudantes difere consoante o género dos estudantes.

Idade: Um factor que podemos designar de clássico mas a que não corresponde necessariamente características de maturidade. Porém, será que influencia a ocorrência de erros? Foi operacionalizada de modo contínuo ainda que tenhamos também optado por recodificar em três escalões etários estabelecidos com base na mediana (21 anos): idade igual ou inferior a 21 anos; 22 e 29 anos; 30 ou mais anos.

Proveniência: Os estudantes que se deslocam para estudar têm preocupações diferentes dos que não têm de o fazer com exigências de adaptação e aculturação que são distintas conforme o local de onde provêm: Ilha de São Miguel; exterior da ilha de São Miguel

Local de Residência: coincidindo ou não com o factor anterior mas, mesmo que seja residente na ilha e se tenha de deslocar, terá implicações diferentes dos que permanecem no seu lar. Assim, parece-nos que os residentes mais perto do local de ensino clínico estejam menos sujeitos a cansaço, por exemplo. Desta forma, operacionalizámos em: Ponta Delgada, referindo-se à própria cidade; periferia de Ponta Delgada, as freguesias limítrofes; outros concelhos da ilha.

Estado civil: Os estudantes com encargos familiares têm maior risco de insucesso e desta forma quisemos verificar se também de ocorrência de erro. Foi assim operacionalizado: solteiro; casado/união de facto; divorciado; viúvo.

Existência de filhos: Com fundamento semelhante ao anterior na medida em que a sobreposição de papéis e de tarefas podem constituir dificuldades de conciliação e de risco de ocorrência de erros. Tivemos como base de operacionalização “sim” ou “não”.

Coabitabilidade: Consoante os estudantes se deslocam ou não e/ou o tipo de família, podem viver sós ou numa combinação das seguintes possibilidades: pais; companheiro/a; amigos; outra situação.

Dependência financeira: A dependência financeira tem a ver com os encargos que o estudante comporta para alguém, se é autónomo ou se tem bolsa de estudo. No caso de trabalhar, há risco para o sucesso e a bolsa de estudo pode constituir um factor de instabilidade. Operacionalizámos do seguinte modo: pais/familiares/amigos; esposo/a; bolsa de estudo; trabalho em tempo parcial; outra situação.

Grupo profissional do pai: Consoante os grupos profissionais, o estatuto sócio-económico possibilita mais ou menos privilégios em vários domínios. De acordo com a resposta da profissão do progenitor ou substituto procedemos à codificação consoante a Classificação Nacional das Profissões (CNP).

Grupo profissional da mãe: Idêntico ao factor anterior.

Escolaridade do pai: Indivíduos com níveis mais elevados de escolaridade tendem a privilegiar a formação académica e fomentar modos de sucesso nos filhos como é indicado por vários autores (Lesne, 1984, Postic, 1990 e Tavares & Alarcão, 1992, citados por Santos, 1995). A operacionalização que efectuámos foi: 1º ciclo do ensino básico; 2º ciclo do ensino básico; 3º ciclo do ensino básico; ensino secundário; ensino médio; licenciatura; mestrado; doutoramento; nenhum nível de ensino.

Escolaridade da mãe: Igual ao factor anterior.

Estatuto de estudante trabalhador: Como os estudantes de enfermagem que trabalham, mesmo a tempo parcial, correm risco de insucesso, entendemos que deveríamos averiguar se influência a ocorrência de erro em aprendizagem clínica. Foi operacionalizado como “sim” ou “não”.

Médias das classificações obtidas nas UC que antecedem o ensino clínico: Entendemos ser pertinente estudar a associação de existência de erros consoante a classificação dos estudantes até ao ensino clínico em estudo para verificar se a um determinado perfil classificativo corresponderia maior ou menor probabilidade de erros. Questionámos a classificação e, posteriormente, recodificámos de acordo com a ficha de avaliação das unidades curriculares de ensino clínico (Anexo D): Suficiente (10 a 13

valores); Bom (14 e 15 valores); Muito Bom (16 e 17 valores); Excelente (18 a 20 valores).

Existência de unidades curriculares em atraso: Partimos do pressuposto de que as unidades curriculares em atraso possa ser um factor de risco para erros em aprendizagem clínica na medida em que, se se partir do princípio que se vão adquirindo capacidades, conhecimentos e competências de modo progressivo, do mais simples para o mais complexo, e que os anteriores necessitam de estar presentes para a aquisição de posteriores, este factor revela-se eventualmente importante. Por outro lado, pode influenciar os factores disposicionais em estudo. Operacionalizámos como “sim” e “não”.

Repetência do ensino clínico: Um estudante repete um ensino clínico quando não consegue atingir os objectivos propostos e as competências estabelecidas. Com esta premissa, considerámos que quando um estudante se encontra nesta situação pode haver maior risco de erro ou, pelo contrário, tendo aprendido com as situações do ensino clínico anterior, errar menos. Também foi operacionalizado em “sim” e “não”.

Ocorrência de erro em ensino clínico anterior: Havendo um estudante errado em ensino clínico anterior voltará a errar? Pensamos que sim, se for um estudante de risco mas, se tiver aprendido com os erros cometidos, pode suceder o inverso. A operacionalização foi de “sim” e “não”.

Ano de frequência: O 2º ano é entendido como de maior risco para os estudantes e a prestação de cuidados, reconhecendo-se a “síndrome do 2º ano” (Valsecchi & Nogueira, 2002). Operacionalizámos em “2º ano” e “4º ano”.

Serviço onde decorre o ensino clínico: O contexto físico, organizacional e humano de cada serviço pode ser mais ou menos favorável à aprendizagem ou contribuir para a ocorrência de erro. Tivemos como base de operacionalização os diversos serviços onde decorreu a aprendizagem clínica.

Classificação final obtida no ensino clínico: Quando um estudante erra, se a classificação se basear no erro como entendem alguns autores, nomeadamente, Carvalho (2005), surgirá uma nota mais baixa e o contrário se não existirem erros. Por outro lado, estudantes que não erram podem ser efectivamente melhores estudantes. Com estes

pressupostos, operacionalizámos como o factor “Médias das classificações obtidas nas UC que antecedem o ensino clínico”.

Auto-percepção das competências em ensino clínico: O modo como, semanalmente, os estudantes consideraram que foram mais ou menos capazes de desenvolver as competências necessárias poderá influenciar ou ser influenciado pelos erros cometidos. A operacionalização foi de acordo com a auto-percepção das competências identificadas na ficha de avaliação dos ensinos clínicos em vigor na ESEnfPD, ou seja, com a mesma categorização utilizada para a análise dos erros: identificação de necessidades; planeamento de cuidados; execução dos cuidados de enfermagem; avaliação dos cuidados de enfermagem; competências transversais.

Percepção da facilidade da aprendizagem centrada em si: Pretendemos verificar, no caso dos estudantes apontarem facilidade, se esta se centrava em si e se isso influenciou a ocorrência de erros.

Percepção da dificuldade da aprendizagem centrada em si: À semelhança do factor anterior, tencionámos verificar, no caso dos estudantes apontarem dificuldade, se estava se centrava em si e se isso influenciou a ocorrência de erros.

Percepção da facilidade da aprendizagem centrada no exterior de si: Quisemos averiguar se os estudantes que apontavam essencialmente facilidade centrada em si referiam mais ou menos erros durante a aprendizagem clínica.

Percepção da dificuldade da aprendizagem centrada no exterior de si: À semelhança dos três factores anteriores, foi nossa intenção relacionar a percepção indicada com os erros cometidos.

Percepção da auto-eficácia generalizada: Este constructo foi associado à ocorrência de erro, nomeadamente no que se refere ao efeito no desempenho dos estudantes. De acordo com a escala utilizada, é um factor unidimensional e contínuo que analisámos antes e após a aprendizagem clínica.

Locus de controlo: Foi verificado que o locus de controlo influencia as emoções face a erros cometidos e a recordação dessas ocorrências por parte de enfermeiros e de médicos. Pretendemos verificar, atendendo às características dos indivíduos internos e externos, se há relação com a ocorrência de erros. A variável, consoante a Escala I-E de

Rotter, é unidimensional, num continuum de internalidade/externalidade, a que um score mais elevado corresponde mais externalidade. Avaliámos antes e após a aprendizagem clínica.

Stress: Os estudantes de enfermagem são, de entre todos os do ensino superior, os que têm registado níveis mais elevados de stress. Foi verificado que o erro é tanto causa como consequência de erro, isto é, os estudantes temem-no e isso desencadeia o próprio acontecimento e após o erro, há aumento de stress. A operacionalização foi a seguinte, de acordo com a escala utilizada: Stress geral; Stress provocado pelo estudo; Stress provocado pela expectativa em reação ao comportamento do utente e da equipa do ensino clínico; Stress provocado pelo uso de álcool, medicamentos e tabaco; Stress provocado por relacionamento que não implica um grau de intimidade elevado; Stress relacionado com problemas pessoais e com os pais; Stress associado às pressões decorrentes do matrimónio; Stress relacionado com o desempenho da profissão; Stress provocado pela solidão, problemas de sexo e inadequação à prática clínica; Stress relacionado com problemas de saúde pessoais e familiares; Stress provocado por falta de segurança em si próprio; Stress relacionado com falta de apoio administrativo; Stress relacionado com a escolha da profissão e preparação para o seu desempenho; Stress provocado por relacionamentos com certo grau de intimidade; Stress relacionado com pouca responsabilidade. Determinámos este factor antes e após a aprendizagem clínica.

Desenvolvimento moral: Apesar deste constructo ter sido bastante estudado em enfermagem, não encontrámos nenhum estudo que o associe à ocorrência de erro. Porém, como se verificou que estudantes de enfermagem com maior desenvolvimento moral tendem a ser melhores enfermeiros, entendemos que as diferenças na prestação de cuidados de enfermagem podem ir até à possibilidade de errar e, caso exista erro, este afecte as estruturas cognitivas de base ao desenvolvimento moral, contribuindo para a evolução. A operacionalização teve por base os estádios de Rest (1986), ou seja, 2, 3, 4, 5A, 5B, 6, bem como o Índice M e o Índice P e foi analisado antes e após a aprendizagem clínica.

2.3 - Abordagem à Investigação

Decidimos desenvolver este trabalho com uma metodologia de investigação mista, designada, na literatura, por terceira metodologia (sucendo a uma primeira, de natureza quantitativa, e a uma segunda, de âmbito qualitativo), porventura mais capaz de atender à complexidade dos fenómenos estudados, frequentemente, no âmbito das ciências da educação, do comportamento e da saúde. (Creswell & Clark, 2011) Procurámos, assim, complementar, as limitações dos métodos quantitativos e qualitativos, considerados *per se*, construindo uma ponte metodológica capaz de potenciar os seus efeitos, com rigor e pragmatismo, para conseguir uma compreensão mais global do erro dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica.

A produção da investigação mista tem vindo a aumentar em ciências da educação, enfermagem e psicologia. Surgiu naturalmente devido à complexidade dos objectos de estudo que implicam mais do que apenas medir ou categorizar e exigem um complemento metodológico de dados para enquadrar, de modo mais completo, o que se pretende conhecer (Creswell & Clark, 2011).

Concretizando, a parte quantitativa deste estudo permite caracterizar estatisticamente as disposições e características pessoais e desenvolvimentais dos estudantes, verificar as suas percepções de facilidade e de dificuldade de desempenho e respectivas atribuições e, ainda, os erros cometidos na sua totalidade e por categoria de prestação de cuidados bem como a relação destes factores com a ocorrência de erro. Por sua vez, a parte qualitativa possibilita o aprofundamento das percepções face ao erro cometido, aos motivos da sua ocorrência, e ao que poderia tê-lo evitado. Do mesmo modo, permite perceber a reacção ao mesmo, as consequências que teve e, ainda, se foi facilitador ou impeditivo da aprendizagem e do desenvolvimento do estudante, através das respectivas justificações. Ou seja, agregando as metodologias em apreço, conseguimos um estudo tanto indutivo, como dedutivo, de forma a aprofundar os fenómenos em estudo nas suas diferentes vertentes.

Em causa está o conceito de investigação mista de Tashakkori e Creswell (2007), que nos permite, num único estudo, recolher e analisar os dados estatisticamente e, ainda, integrar os resultados e fazer inferências a partir deles com base em pressupostos de natureza qualitativa.

Esta abordagem caracteriza-se por uma recolha e análise de dados rigorosa, de natureza quantitativa e qualitativa, efectuada de acordo com as perguntas de investigação e, ao misturar os dados, atribuir prioridade a uma ou ambas. Caracteriza-se, assim, pelo uso dos procedimentos supraditos num único estudo e pelo seu enquadramento numa visão filosófica (ou paradigmática) e teórica. É esta combinação de procedimentos em desenhos de investigação convencionais que confere à metodologia em apreço a sua peculiaridade (Creswell & Clark, 2011).

Historicamente, a investigação mista desenvolveu-se (a partir de 1959), em cinco fases, ou períodos: formativo (de triangulação entre as abordagens quantitativa e qualitativa); debate paradigmático (de exploração das possibilidades do modelo); desenvolvimento de procedimentos (de adequação de acções coerentes com os princípios definidores do paradigma); advocatura e expansão (de aprofundamento e difusão da abordagem); reflexivo (de avaliação e crítica dos métodos mistos). Pesquisando algumas bases de dados (CINAHL; MEDLINE; Database of Abstracts of Reviews of Effects; Cochrane; Library, Information Science & Technology Abstracts; Nursing & Allied Health Collection; MedicLatina; Health Technology Assessments; Academic Search; ERIC), verificámos que o recurso à investigação mista tem ocorrido sobre a prática clínica e a formação em enfermagem, educação e psicologia educacional, a maior parte nos Estados Unidos, no Reino Unido e no Canadá. Contudo, ainda é minoritária nas áreas disciplinares indicadas.

Creswell (2009) indica quatro paradigmas em que a investigação mista se enquadra: pós-positivista; construtivista; participatório; pragmatista. Enquadramos a presente investigação neste último, por se centrar num problema (o erro dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica) e nas respectivas consequências das suas acções, numa visão pluralista, que reconhece a diversidade e está orientada para a prática no mundo real. Assim, os elementos que constituem a nossa abordagem são de natureza: ontológica (as realidades são singulares e múltiplas, atendendo às perspectivas de estudantes de dois anos distintos e em diversos serviços de prestação de cuidados, como mais à frente explicitamos); epistemológica (de orientação pragmática, adequando a colheita de dados directamente às perguntas de investigação); axiológica (porque atende às múltiplas perspectivas, incluindo os vieses dos participantes); metodológica (porquanto se combinam dados quantitativos e qualitativos que são misturados

consoante o que desejamos saber, sendo os resultados apresentados de modo integrado para conseguir uma informação global); retórica (em que o discurso escrito é tanto formal como informal, consoante a natureza quantitativa ou qualitativa dos resultados).

A nossa opção pelo recurso à presente metodologia assenta na convicção de que os dados quantitativos e qualitativos apresentam valor idêntico para compreender o fenómeno que nos propusemos estudar (Östlund, Kidd, Wengström & Rowa-Dewar, 2010; Simpson, 2011; Symonds & Gorard, 2010), visto que nos permite comparar resultados estatísticos com a análise de conteúdo e vice-versa. No caso vertente, a categorização dos erros cometidos será efectuada através da análise quantitativa e qualitativa com confrontação dos dados de uma natureza com os da outra. Portanto, este estudo assenta numa investigação mista de tipo convergente (Figura E).

2.4 – Caracterização do Contexto

Na caracterização do contexto temos em conta a ESEnfPD e os participantes desta investigação.

2.4.1 – Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada.

A ESEnfPD foi criada através da Portaria nº 16 904, de 24 de Outubro de 1958, iniciando as suas actividades pedagógicas a 26 de Janeiro de 1959 no último andar do Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Ponta Delgada, onde permaneceu até 1982 quando se transferiu para o edifício actualmente situado no *campus* da Universidade dos Açores (UAç) em Ponta Delgada. Ao longo da sua história, ministra os Cursos de Enfermagem Geral, de Auxiliares de Enfermagem (extinto no país em 1974), de Especialização em Enfermagem (de 1986 a 1995), sendo uma das duas escolas de enfermagem do país que formava em dois níveis de formação, básica e pós-básica (Gonçalves et al., 2009). Após a integração da formação em enfermagem no ensino superior politécnico, ministra os já extintos Curso de Bacharelato em Enfermagem, Curso de Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem, Curso de Estudos Especializados em Enfermagem, nomeadamente o de Saúde Materna e Obstetrícia e o de Comunidade, Curso de Complemento de Formação em Enfermagem e, actualmente, o Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE), Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem (Saúde Materna e Obstetrícia, Comunidade, havendo

entretanto uma edição já finalizada de Enfermagem de Reabilitação, em parceria com a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa), bem como várias pós-graduações. Entre 2007 e 2010, num protocolo com a Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - funcionaram duas turmas do Mestrado em Ciências de Enfermagem. A divisa da ESEnFPD é “Formar – Humanizar – Cuidar”, reflectindo a sua filosofia que inclui os seguintes conceitos: Homem como um “(...) ser único, bio, psíquico, social, cultural e espiritual e com necessidades básicas” (Gonçalves et. al 2009, p. 53) que possui o direito à felicidade, amor, segurança, liberdade e saúde, bem como ao respeito pela sua dignidade; Saúde, um processo pelo qual a pessoa se adapta ao meio físico e social, entendida como uma qualidade de vida, traduzindo-se na capacidade de ajustamento e suporte das condições variáveis do meio de modo a satisfazer as suas necessidades, sendo que uma alteração no seu estado de saúde afeca-o na globalidade; Enfermagem é um processo interactivo cuja

(...) finalidade é procurar a saúde ideal, através de medidas protectoras, curativas e de reabilitação (...) A sua função específica é manter e apoiar o Homem durante os períodos críticos da sua vida cíclica, para que ele possa desenvolver e utilizar os seus mecanismos de adaptação que lhe permitem satisfazer as necessidades básicas e caminhar para o máximo de bem estar (...). A arte de Enfermagem é caracterizada pelo respeito para com a vida, pela dignidade, autonomia e individualidade do Homem (Idem)

O processo de aprendizagem é considerado um ciclo que implica professor e estudante em trabalho conjunto, numa relação dinâmica conducente à mudança e desenvolvimento de ambos, numa filosofia de descoberta, assimilação e avaliação de conhecimentos, técnicas e atitudes com recurso a experiências e participação activas; os formandos são entendidos como estudantes com capacidade para se desenvolverem rumo à independência e auto-dirigem-se ao longo do curso. As suas características pessoais, como percepções, expectativas, emoções e atitudes, influenciam a sua acção e participação no processo de ensino/aprendizagem. O corpo docente é composto pelo que se entende serem facilitadores da aprendizagem, que encorajam os estudantes a assumir a responsabilidade pela mesma, ajudando-os a descobrir o significado do que observam e experimentam, analisando os seus valores, atitudes e juízos. O professor promove uma relação de confiança, na qual demonstra abertura às ideias do estudante e promove discussões que incentivem à independência e à individualidade (Gonçalves et al., 2009).

Nos ensinamentos clínicos a que este estudo se reporta, a supervisão foi assegurada no 2º ano numa parceria entre supervisores pedagógicos e supervisores clínicos, excepto em dois serviços, onde foi apenas efectuada com um enfermeiro, com experiência neste tipo de supervisão. Cada grupo de estudantes tinha, em média, oito elementos que permaneciam no turno da manhã, isto é, das 8 às 16 horas, na maioria dos casos. No 4º ano, o último ensino clínico do curso, houve supervisão clínica contínua. Como sempre, houve o cuidado de seleccionar os enfermeiros que possuem mais prática tanto na prestação de cuidados como nesta supervisão¹⁹. Neste ano, cada estudante teve um supervisor clínico, cumprindo o seu horário de trabalho que é *roulement*. Os docentes asseguraram a supervisão pedagógica.

Seleccionámos os estudantes em ensinamentos clínicos hospitalares (de medicina e de cirurgia) em que os cuidados de enfermagem são mais generalistas, isto é, do 2º e do 4º ano do CLE. A exclusão dos estudantes do 3º ano deveu-se, não só ao número mais reduzido dos mesmos (menos que 30), considerado insuficiente para um tratamento estatístico inferencial robusto, mas também pela respectiva formação ocorrer em contextos mais específicos, nas áreas de saúde materna e obstetrícia, saúde infantil e pediatria e saúde comunitária.

2.4.2 – Participantes.

Neste estudo participaram, na totalidade, 86 estudantes, sendo 54 do 2º ano (sete desistiram de participar) e 32 do 4º ano (nenhum desistiu). Este total refere-se à parte quantitativa; a qualitativa inclui um conjunto de 42 estudantes (24 do 2º ano e 18 do 4º ano).

Do total de participantes, 70 (81,4%) são do género feminino e 16 (18,6%) do masculino. Cinquenta e quatro estudantes (62,8%) são do 2º ano e 32 (37,2%) do 4º ano. As idades variam entre os 19 e os 40 anos, com a média de 22,7 anos, a moda e a mediana de 21 anos e o desvio padrão de 4,4 anos. A maioria, 53 (61,6%), é proveniente da ilha de São Miguel e 33 (38,4%) do exterior da mesma. Quarenta e cinco estudantes (52,3%) residem em Ponta Delgada, 21 (24,4%), em outros concelhos não periféricos e

¹⁹ Na ESEnfPD, a selecção dos supervisores clínicos é efectuada em conjunto com os enfermeiros dos órgãos de gestão das instituições.

20 (23.3%) na periferia de Ponta Delgada. Quanto ao estado civil, a maioria, 76 (88.4%) é solteira, 8 (9.3%) são casados/união de facto, registando-se 1 (1.2%) divorciado e 1 (1.2%) viúvo. Setenta e sete estudantes (89.5%), não têm filhos, enquanto 9 (10.5%) têm. A maior parte, 82 (95.3%) estudantes é do regime normal ao passo que 4 (4.7%) são trabalhadores estudantes. Quarenta e oito (55.8%) dependem financeiramente de pais/familiares e/ou amigos, 18 (20.9%) de si mesmos e de bolsa de estudos e 25 (28%) apenas de bolsa de estudo. Os grupos profissionais do pai mais representados são o “7-Operários, Artífices e Trabalhadores Similares”, correspondendo a 15 participantes (17.4%), 14 (16.3%) aos grupos “5-Pessoal dos Serviços e Vendedores” e “Reformados. Relativamente às mães, as Domésticas estão em maior número, 26 (30.2%), seguindo-se as do Grupo “9 – Trabalhadores Não Qualificados” com 15 (17.4%) e as do Grupo “5 – Pessoal dos Serviços e Vendedores”. No que diz respeito às pessoas com quem vive, a maioria, 49 (57%) indica com os pais, seguindo-se, respectivamente, companheiro/a, 9 (10.5%), amigos, 8 (9.3%), sozinhos, 5 (5.8%) e em outra situação, 15 (17.4%). Os dados respeitantes à escolaridade do pai e da mãe constam no Quadro 2.2. Faz-se notar, no entanto, que somente 85 dos 86 participantes responderam a este item do questionário no que se refere às habilitações literárias do pai, tendo a totalidade dos mesmos respondido sobre a situação da mãe neste particular.

Quadro 2.2- Caracterização dos participantes de acordo com a escolaridade do pai e a da mãe

| Escolaridade | Pai | | Mãe | |
|----------------------------|-----|--------|-----|--------|
| | nº | % | Nº | % |
| 1º ciclo do ensino básico | 34 | 40.00 | 27 | 31.40 |
| 2º ciclo do ensino básico | 13 | 15.30 | 21 | 24.40 |
| 3º ciclo do ensino básico | 15 | 17.60 | 16 | 18.60 |
| Ensino secundário | 15 | 17.60 | 10 | 11.60 |
| Ensino médio ²⁰ | 4 | 4.70 | 4 | 4.70 |
| Licenciatura | 3 | 3.50 | 8 | 9.30 |
| Nenhuma | 1 | 1.20 | 0 | .00 |
| Total | 85 | 100.00 | 86 | 100.00 |

Pai: Mo – 1º ciclo do ensino básico

Mãe: Mo – 1º ciclo do ensino básico

Verifica-se que a escolaridade mais representada em ambos os progenitores é o 1º ciclo do ensino básico. Há mais pais do que mães com ensino secundário mas há mais mães licenciadas do que pais e, enquanto se verifica a existência de um progenitor sem qualquer nível de escolaridade, o mesmo não acontece as progenitoras.

²⁰ Atendemos à nomenclatura actual mas incluímos “ensino médio” pela possibilidade dos pais destes estudantes serem detentores do mesmo.

Mais de dois terços dos participantes, 69 (79.1%), não possuem qualquer UC em atraso, enquanto 18 (20.9%) possuem. Setenta e quatro estudantes (86.0) estão a realizar o ensino clínico pela primeira vez e 12 (14.0%) está a repeti-lo. Relativamente à existência de erro em ensino clínico anterior, 63 estudantes (75.0%) responde afirmativamente. A média das classificações obtidas até ao início do ensino clínico foi indicada por apenas 38 (44.2%) estudantes, constando da Figura 2.1.

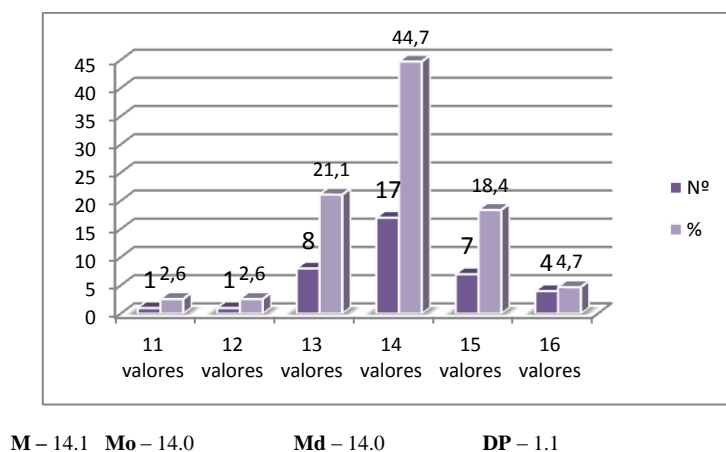


Figura 2.1 – Caracterização dos participantes de acordo com a média de classificação até ao início do ensino clínico

O Quadro 2.3 refere-se aos serviços hospitalares em que se decorreu a aprendizagem clínica a que se reporta este estudo. Note-se que um estudante não respondeu à pergunta correspondente.

Quadro 2.3 – Caracterização dos participantes de acordo com o serviço de aprendizagem clínica

| Serviço | nº | % |
|------------------------------------|----|--------|
| Medicina 1 | 11 | 12.80 |
| Medicina 2 | 6 | 7.10 |
| Medicina 3 | 6 | 7.10 |
| Medicina 4 | 9 | 10.60 |
| Cirurgia 2 | 2 | 2.30 |
| Cirurgia 3 | 10 | 11.80 |
| Cirurgia 4 | 9 | 10.60 |
| Medicina (não HDES ²¹) | 14 | 16.50 |
| Ortotraumatologia | 7 | 8.20 |
| Serviços de Urgência | 2 | 2.40 |
| Pneumologia | 7 | 8.20 |
| Cardiologia | 1 | 1.20 |
| Neurocirurgia | 1 | 1.20 |
| Total | 85 | 100.00 |

Mo – Medicina (não HDES)

²¹ HDES – Hospital do Divino Espírito Santo. Incluímos várias instituições do país.

Através da análise da tabela apresentada, verificamos que a maioria dos estudantes, 53 (63.5%), desenvolveu a aprendizagem clínica em contexto de medicina, 29 (34.1%) em contexto de cirurgia²² e 2 (2.4%) em serviços de urgência.

Os dados relativos à classificação do ensino clínico em estudo estão representados na Figura 2.2. Pelo exposto, observamos que 7 estudantes (8.1%) reprovaram, 18 (21.0%) situaram-se num nível “suficiente”²³, 29 (33.8%) atingiram o nível de “Bom”, 28 (32.6%) o nível de “Muito Bom” e 4 (4.7%) a condição de “Excelente”.

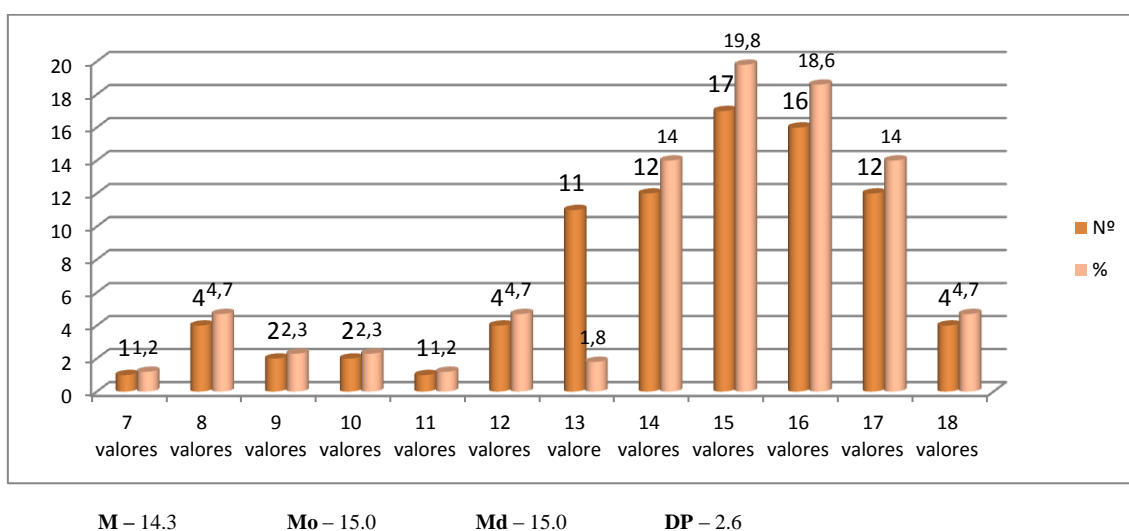


Figura 2.2 – Caracterização dos participantes de acordo com a classificação do ensino clínico em estudo

2.5 – Instrumentos de Recolha de Dados

Atendendo à natureza mista deste estudo, recorreremos a instrumentos distintos para recolha de dados quantitativos e qualitativos. No desenho que estamos a utilizar, a convergência ocorre após a obtenção e tratamento de dados e, portanto, para maior clareza, apresentamos os primeiros instrumentos separados dos segundos.

2.5.1 – Instrumentos de recolha de dados quantitativos.

Os instrumentos de colheita de dados utilizados incluíram: um questionário para obtenção de dados sócio-demográficos e escolares (Anexo F); quatro escalas, destinadas

²² Contexto de medicina: Medicina 1, Medicina 2, Medicina 3, Medicina 4, Medicina (não HDES), Pneumologia e Cardiologia; contexto de cirurgia: Cirurgia 2, Cirurgia 3, Cirurgia 4, Ortopneumatologia e Neurocirurgia.

²³ Com base na ficha de avaliação de aprendizagem clínica da ESEnfPD (Anexo D), na qual existe a seguinte correspondência entre classificação qualitativa e quantitativa: Mau (0 a 4); Medíocre (5 a 9); Suficiente (10 a 13); Bom (14 e 15); Muito Bom (16 e 17); Excelente (18 a 20).

a medir as percepções de auto-eficácia generalizada, o locus de controlo, o desenvolvimento moral e o stress dos estudantes de enfermagem; Questionário de Auto-avaliação Semanal, aplicado, durante a aprendizagem clínica, com a finalidade de avaliar a percepção dos participantes relativamente às suas competências, traduzidas na sua facilidade ou na sua dificuldade em desempenhar as tarefas inerentes àquela, bem como a sua percepção acerca das razões determinantes destas últimas tarefas. Indicavam, também, se tinham cometido erro/s e, em caso afirmativo, descreviam-no.

Como recorremos a questionários com escalas, tivemos que assegurar o rigor exigido, nomeadamente a respectiva validade e a fidedignidade. A **validade** indica que o instrumento mede o que se pretende medir e não outro aspecto (Polit & Hungler, 1999). É estabelecida por juízes que sejam peritos no que é estudado. A validade dos instrumentos que utilizámos foi determinada para a população portuguesa, conforme descrevemos mais à frente.

A **fidedignidade** diz respeito ao grau com que um instrumento mede o atributo. Pode ser estatisticamente obtido de diferentes modos, sendo o mais conhecido o coeficiente *alfa de Cronbach*. Trata-se, essencialmente, de uma correlação entre todos os itens de uma escala e a escala total considerados em simultâneo. Os coeficientes de fidedignidade podem variar entre -1.00 a +1.00. Quanto mais elevado, mais fidedigno é o instrumento. É aceitável a partir de .70 (Polit & Hungler, 1999). A fidedignidade dos instrumentos deste estudo foi assegurada pelos autores originais e na adaptação para a população portuguesa, consoante explicaremos.

2.5.1.1 – Escala de Auto-Eficácia Geral Percebida, de Schwarzer e Jerusalem (2003).

A percepção de auto-eficácia geral configura um sentido amplo e estável de competência pessoal para lidar eficazmente com várias situações geradoras de stress, reflectindo uma generalização transversal a vários domínios de funcionamento com o qual as pessoas ajuízam quão eficazes são e, assim, é útil quando foca vários comportamentos em simultâneo. É um construto universal, ou seja, uma crença básica detida por todos os indivíduos em diferentes culturas (Luszczynka et al., 2005).

Esta escala, unidimensional, é constituída por 10 itens, aplicando-se a diversas faixas etárias e níveis socioeconómicos de diferentes culturas. Foi construída na Alemanha, por Schwarzer e Jerusalem, e traduzida para 28 idiomas. Tem sido largamente utilizada na investigação científica e apresenta, segundo Luszczynka et al. (2005), uma consistência interna (*alpha*) que varia entre .78 (Grécia) e .91 (Japão). Consiste em 10 afirmações numa escala tipo Likert, com 4 níveis, situados entre 1 (discordo totalmente) a 4 (concordo totalmente) possibilitando um score total entre 10 e 40. Foi adaptada à população portuguesa numa amostra de estudantes do 9º ano de escolaridade de regiões urbanas e não urbanas do Norte e Centro do país e registou o valor alpha de .77. Para avaliar o poder discriminativo, foi então analisada a frequência de resposta em cada um dos itens verificando-se que nenhum obteve uma frequência superior a 60%. A versão portuguesa da escala confirmou a sua unidimensionalidade e as suas características psicométricas levam ao aconselhamento do seu uso com outros instrumentos de medição de auto-eficácia mais específicos (Coimbra & Fontaine, 1999). A fidedignidade neste estudo, com base nos resultados da aplicação da escala aos participantes, é de .71 (Cf. Anexo G para uma cópia da escala utilizada).

2.5.1.2 – Escala I-E de Rotter.

A Escala I-E de Rotter é um instrumento de escolha forçada de 29 itens, dos quais 23 contabilizáveis e seis de despistamento, finalizada por Rotter, em 1975, que avalia a internalidade/externalidade (I-E) num score máximo de 23 pontos (Zimmerman, 2010). Quantos mais itens contabilizáveis de externalidade forem assinalados mais externo é o indivíduo. Assim, é unidimensional; uma das extremidades do continuum, nomeadamente a mais pontuada, corresponde a máxima externalidade e na outra extremidade, a menos pontuada, a máxima internalidade (Peixoto, 1986). Apesar das críticas de que tem sido alvo, é a mais utilizada para estudar o locus de controlo em jovens e adultos. Foi traduzida e utilizada em Portugal onde a média para professores se aproxima de 11 (Barros et. al., 1993).

Ao contrário de outras escalas que tentam medir o *locus* de controlo, esta não tem correlação com a desejabilidade social (Barros et al., 1993; Heintz & Steele-Johnson, 2004). Rotter relatou uma consistência interna de .70 (Heintz & Steele-Johnson, 2004). Peixoto (1986), de acordo com Bavelas, 1978, reporta resultados de teste-reteste na

ordem de .43 e .84 para o período de dois meses e de .72 para o de um ano. Zimmerman (2010) explica que a escala I-E de Rotter demonstrou fidedignidade através de teste-reteste nos estudos de Layton, em 1985, e de Zerega, Tseng e Greever, em 1986. O autor não indica os valores dos testes mas refere que demonstrou consistência em estudos sobre saúde e inteligência e inconsistência relativamente à idade.

Neste trabalho, a partir dos resultados da aplicação da escala aos estudantes, obtivemos coeficiente alpha de .78. Uma cópia deste instrumento encontra-se no Anexo H.

A escala tem sido usada em investigações sobre estudantes do ensino superior (Grimes, Millea e Woodruff, 2004), incluindo Portugal (Peixoto, 1986) e, especificamente, estudantes de enfermagem (Kukulu et al., 2006).

2.5.1.3 – Teste de Definir Valores Morais – DIT.

O The Defining Issues Test (DIT), ou Teste de Definir Valores Morais, na sua tradução para português (Lopes & Lourenço, 1998), avalia o desenvolvimento do raciocínio moral. Foi construído por Rest (1986) com base na teoria do desenvolvimento moral de Kohlberg e na sua proposta metodológica.

O instrumento foi estruturado em seis dilemas morais, apresentados na forma de histórias (Anexo I). Depois de ler a história, o participante assinala uma de duas hipóteses de resolução do dilema ou, alternativamente, a opção “não consigo decidir”. Continuando e, independentemente da opção assinalada na etapa anterior, preenche uma escala do tipo Likert com doze afirmações, que expressam várias considerações ou reflexões sobre o que deveria ser feito para resolver o dilema, de acordo com o que considera ser uma decisão justa. Para cada afirmação, o participante assinala a importância que atribui à mesma (de “muita” a “nenhuma”), escolhendo, finalmente, destas afirmações, as quatro que considera mais importantes, hierarquizando-as em primeiro, segundo, terceiro e quarto lugar.

De acordo com Lourenço e César (1991) e Lourenço (1992), este teste implica reconhecimento, compreensão e preferência, uma vez que os participantes “(...) são chamados a reconhecer, a compreender e a optar por certo tipo de considerações, em

vez de outras, para a tomada de uma decisão moral” (p. 151). Segundo Rest et al. (2000), o DIT permite detectar inconsistências de quem responde sem pensar.

O teste produz vários índices relativamente aos estádios 2, 3, 4, 5A, 5B e 6, além do raciocínio moral geral (*Índice D*) e a proporção do raciocínio moral nos estádios 5A, 5B e 6 (*Índice P*)²⁴. O Índice P é uma variável contínua, considerada a mais importante para avaliar o desenvolvimento moral, e pode alcançar o score máximo de 95 (Lourenço, 1992).

A fidedignidade do instrumento, no seu uso durante mais de 25 anos, em vários países, apresentou valores do coeficiente alpha entre .75 e .85 (Rest et al., 2000). As suas propriedades métricas descritas por Rest (1976) estão plasmadas no Quadro 2.4.

Este instrumento foi traduzido e aplicado na íntegra, em Portugal, por Lourenço e César, em 1991, numa amostra constituída por 97 estudantes do 8º ano, 65 do 11º ano, 109 do ensino universitário, 48 diplomados (juristas e professores de filosofia) e, ainda, 7 trabalhadores com habilitações literárias entre o 7º e o 9º ano. A idade dos sujeitos da amostra variava entre 12 e 58 anos. Foi utilizada uma tradução da versão completa do DIT. Verificou-se que a moralidade orientada por princípios (*Índice P*) se relacionava com a idade e a educação e, “(...) à excepção da diferença entre os estudantes universitários e os juristas, todas as outras diferenças entre as médias de *Índice P* foram significativas ($p < .01$). Todos estes dados são consistentes com os reportados por Rest” (Lourenço e César, 1991, p. 189). Os resultados obtidos por estes autores levam-nos a afirmar que o instrumento possui validade e fidedignidade adequada e pode ser utilizado por investigadores portugueses nos domínios educacional, desenvolvimentalista e clínico. O instrumento permite aceder à “(...) reconstrução racional da ontogénese do (...) raciocínio moral [de um indivíduo], *nunca* uma medida do valor moral desse indivíduo.” (p. 190)

No Brasil a fidedignidade foi de .385 (Shimizu, 2004) e em Portugal de 0.70. Neste estudo obtivemos um valor de .527.

É um instrumento muito utilizado em investigação no ensino superior e em enfermagem, em todo o mundo (Bebeau, 2002; Kim et al., 2004; Numminen & Leino-Kilpi, 2007), sendo considerado o melhor para o estudo do desenvolvimento moral de

²⁴ Índice P = Principle Level.

estudantes e profissionais, pela sua validade e fidedignidade bem como pela facilidade de preenchimento (Krawczyk, 1997). Em Portugal, e em enfermagem, destacamos o seu uso nos estudos de Lopes (1999; 2004) e Ribeiro (1995b). O primeiro autor investigou as concepções de enfermagem de enfermeiros relacionadas com o desenvolvimento moral e o segundo autor a orientação para o cuidar ou o tratar dos estudantes de enfermagem de acordo com o seu desenvolvimento sócio-moral.

Quadro 2.4 – Propriedades métricas do DIT

| Constructo/Teste | População | Resultados |
|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| Compreensão de conceitos sócio-morais | 160 estudantes | Correlação (.62) |
| | 65 estudantes | Correlação (.67) |
| | 85 adultos | Correlação (.52) |
| Law and Order Attitude Test | 160 estudantes | Correlação (-.60) |
| | 65 estudantes | Correlação (-.48) |
| | 85 adultos | Correlação (-.46) |
| Libertarian Attitude Test | 160 estudantes | Correlação (.63) |
| Idade | Adultos (23-49 anos) | Correlação (-.10) |
| Fidedignidade | 28 estudantes (9º ano) | Teste-reteste (2 semanas) = .81 |
| | 47 estudantes (1º ano Ens. Sup.) | Teste-reteste (18 dias) = .65 |
| Validade | | Confirmação com juizes (100%) |

Fontes: Rest, 1976

2.5.1.4 – Beck e Srivastava Stress Inventory (BSSI) e situações geradoras de stress em aprendizagem clínica.

O BSSI foi elaborado em 1991 com a designação Stress Inventory, assumindo, a partir de 1996, a designação em título, com a finalidade de determinar os níveis de stress dos estudantes de enfermagem relativamente à sua vida académica.

O instrumento é constituído por duas partes. Na parte I, o participante descreve um acontecimento da sua vida ocorrido no último mês que lhe tenha provocado stress. Deve, também, referir porque considera esse acontecimento problemático, que sentimentos desencadeou e de que forma lidou com ele. A parte II consiste numa escala de Likert com 44 itens de 5 níveis, que se referem a situações geradoras de stress. Em relação a cada item, o respondente deverá assinalar o que se lhe aplica desde “Não provoca stress” até “Provoca muito stress”. Os factores subjacentes ao BSSI são: 1 – Stress provocado pelo estudo; 2 – Stress provocado pela expectativa em reação ao comportamento do utente e da equipa do ensino clínico; 3 – Stress provocado pelo uso de álcool, medicamentos e tabaco; 4 – Stress provocado por relacionamento que não implica um grau de intimidade elevado; 5 – Stress relacionado com problemas pessoais e com os pais; 6 - Stress associado às pressões decorrentes do matrimónio; 7 - Stress

relacionado com o desempenho da profissão; 8 – Stress provocado pela solidão, problemas de sexo e inadequação à prática clínica; 9 – Stress relacionado com problemas de saúde pessoais e familiares; 10 - Stress provocado por falta de segurança em si próprio; 11 – Stress relacionado com falta de apoio administrativo; 12 – Stress relacionado com a escolha da profissão e preparação para o seu desempenho; 13- Stress provocado por relacionamentos com certo grau de intimidade; 14 – Stress relacionado com pouca responsabilidade. No Anexo J apresentamos este instrumento.

Na revisão bibliográfica efectuada, verificámos que o BSSI foi utilizado por Beck e Srivastava, (1991), para estudar o nível de stress percebido pelos estudantes de enfermagem em todos os anos do curso, por Jones e Johnston (1996) para estudantes do primeiro ano e por Beck et al. (1997) para determinar os níveis de stress em estudantes de enfermagem, medicina, farmácia e serviço social. Foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Gomes (1999), que o utilizou para a avaliação psicossocial do stress nos estudantes de enfermagem.

Neste estudo, optámos por utilizar apenas a 2ª parte do questionário porque a 1ª se reporta a um acontecimento do mês anterior que, no caso dos nossos participantes, incidiria no período teórico, portanto, fora do âmbito desta investigação. Entendemos ser possível fazê-lo por serem partes independentes e não alterarmos a escala.

Para aprofundarmos situações que provocam stress nos estudantes de enfermagem, directamente relacionadas com a aprendizagem clínica, após a escala de Likert solicitámos aos estudantes que escrevessem sobre o seguinte enunciado: “Ao pensar na aprendizagem clínica que vai iniciar, indique 3 situações que lhe provocam stress. Coloque a que lhe provoca mais stress em primeiro lugar e a que lhe provoca menos stress em terceiro”. No final do semestre, o enunciado que introduzimos no questionário foi: “Ao pensar na aprendizagem clínica que terminou, indique 3 situações que lhe tenham provocado stress. Coloque a que lhe provocou mais stress em primeiro lugar e a que lhe provocou menos stress em terceiro.” Neste último caso, como se tratavam de situações reais, sublinhámos a importância do estudante não deixar de responder (Cf. Anexo J para o BSSI antes da aprendizagem clínica e o BSSI após a aprendizagem clínica).

O coeficiente alfa do BSSI original foi de .90 e na adaptação de Gomes (1999), de .93. Como usámos o BSSI de modo parcelar e adaptando de acordo com o que explicamos

antes, aplicámos um pré-teste aos estudantes do 3º ano. O coeficiente alpha relativo ao pré-teste foi de .86, portanto com boa fidedignidade e, em resultado da recolha de dados com os participantes deste estudo, antes e após a aprendizagem clínica, em ambos os momentos, de .94. Desta forma, para além de demonstrar consistência interna, demonstrou estabilidade.

2.5.1.5 – Questionário de auto-avaliação semanal.

Pretendemos conhecer a percepção dos estudantes sobre cada semana de aprendizagem clínica quanto a facilidade/dificuldade nas actividades desenvolvidas e a respectiva atribuição do que influenciou a facilidade ou dificuldade apontada.

Elaborámos um questionário composto por três partes. A primeira incide na facilidade/dificuldade em desempenhar as actividades clínicas e comporta 21 perguntas a que os participantes responderam assinalando de “muita facilidade” a “muita dificuldade”. A segunda parte começa com uma pergunta para que, globalmente, os estudantes indicassem se consideraram que, na semana em apreço, a sua experiência fora fácil ou difícil e, a seguir, diversas possibilidades a que atribuíram essa facilidade ou dificuldade, com os itens em escala de Likert (na primeira parte, de 5 “muita facilidade” a 1 “muita dificuldade” e, na segunda, de 1 “máxima atribuição de facilidade/dificuldade” a 5 “mínima atribuição de facilidade/dificuldade”). Na terceira parte, os estudantes indicaram se cometeram erro ou não, com uma pergunta dicotómica, e em caso afirmativo, numa pergunta aberta, descreveram-no.

O Questionário de auto-avaliação semanal encontra-se no anexo K.

2.5.2 – Instrumentos de recolha de dados qualitativos.

Os dados qualitativos foram essencialmente obtidos por entrevista semi estruturada, presencial e online, neste último caso, mediada por computador como a seguir descrevemos. Procedemos também à redacção de notas de campo.

2.5.2.1 – Entrevista semi-estruturada.

Escolhemos a entrevista semi-estruturada, a qual, segundo Merriam (1998) e Polit e Hungler (1999) inclui um conjunto de perguntas, a colocar de modo flexível, à medida que os assuntos vão ou não surgindo, sem que haja uma pré determinação rígida de quando ou que palavras utilizar. Designa-se o instrumento orientador por protocolo ou guião de entrevista. Recorre-se a este tipo de entrevista quando se pretende informação específica de cada participante sobre um determinado assunto, mas com liberdade para cada um responder consoante a sua experiência e sem demasiada dispersão. Savoie-Zajc (2003) define entrevista semi-dirigida como uma

interacção verbal animada de forma flexível pelo investigador. Este deixa-se guiar pelo fluxo da entrevista com o objectivo de abordar, de um modo que se assemelha a uma conversa, os temas gerais sobre os quais deseja ouvir o respondente, permitindo assim extrair uma compreensão rica do fenómeno em estudo (p. 282).

O autor explica que a entrevista é orientada pela temática, o objecto e as finalidades do estudo e possui dois objectivos para o entrevistador, explicitar o universo da outra pessoa e compreender o seu mundo. Relativamente ao entrevistado, de organizar e estruturar o seu pensamento.

A entrevista é uma conversa com objectivo (Burguess, 1997; Merriam, 1998). Importa que na mesma se adopte uma posição de interesse e de desconhecimento em simultâneo, ou seja, a demonstração de interesse e curiosidade sobre o que o participante diz e ir clarificando para conseguir explicações mais profundas e pormenorizadas. Por outro lado, permite aceder à vida real dos participantes, sendo o autor um co-participante na descoberta e compreensão das realidades dos fenómenos estudados (Rodríguez Gómez, Gil Flores & Garcia Jiménez, 1999).

A elaboração do guião de entrevista para este estudo alicerçou-se na análise reflexiva do que pretendíamos saber a partir do objectivo do estudo, das perguntas orientadoras e dos conteúdos que tínhamos necessidade de obter. Para a sua elaboração, compusemos um quadro sistematizador das perguntas a formular, as quais, no guião propriamente dito, assumiram uma ordem diferente, consonante com uma conversa e de modo a evitar que uma pergunta influenciasse as seguintes. O protocolo final (Anexo L) foi validado com

os orientadores. Efectuámos uma entrevista a um estudante voluntário, do 3º ano, para testar as perguntas.

2.6 - Procedimentos de Recolha e de Tratamento de Dados

Para facilitar a compreensão subdividimos de acordo com a natureza quantitativa ou qualitativa dos dados.

Começámos por requerer autorização à Diretora da ESEnfPD (Anexo M) para todos os procedimentos.

2.6.1 – Dados quantitativos.

Após obtenção de autorização para prosseguir com a recolha de dados, reunimos com os coordenadores do 2º e do 4º ano para combinar as estratégias. No primeiro dia de ensino clínico, coincidente em ambos os anos (26 de Fevereiro de 2010), os estudantes reuniram-se no anfiteatro com a autora e dois docentes que aceitaram colaborar.

Para evitar embaraço de estudantes que não desejassem participar, distribuámos a todos os presentes os instrumentos de recolha de dados quantitativos, incluindo três questionários de auto-avaliação semanal (para essa semana e as duas seguintes), e o documento de consentimento informado (Anexo N). Explicámos o objectivo e a finalidade do estudo, a natureza e duração da participação, os riscos/benefícios, entre outros aspectos redigidos no documento que lemos e explicámos em voz alta, após o qual os estudantes que quiseram participar o assinaram. Quatro estudantes do 2º ano e catorze do 4º ano não participaram. Dos que iniciaram a participação, desistiram sete do 2º ano enquanto todos os do 4º ano se mantiveram no estudo.

Todas as semanas de aprendizagem clínica (12 no 2º ano e 15 no 4º ano) os estudantes entregaram o questionário de auto-avaliação semanal. É de salguardar que alguns participantes referiram, na apreciação final do ensino clínico, que esta actividade semanal lhes foi benéfica para a aprendizagem enquanto nenhum referiu o oposto.

No fim da última semana, antes da avaliação sumativa, entregaram a última auto-avaliação semanal e os questionários relativos à auto-eficácia percebida, locus de controlo, stress e desenvolvimento moral. Ao contrário do que estava previsto esta

última recolha não foi em presença, o que é sugerido para a obtenção de dados pelo Teste de Definir Valores Morais. Porém, esta ocorrência, ao contrário do esperado, não se reflectiu nos questionários eliminados, que diminuíram de percentagem relativamente à primeira recolha. Obtivemos o dado relativo à classificação de cada estudante no ensino clínico através da pauta fornecida pelo titular da unidade curricular.

A ocorrência de erro, por parte dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica, foi determinada pelo número de erros totais cometidos e os indicadores implicados, correspondentes às dimensões da ficha de avaliação.

Efectuámos o tratamento estatístico dos dados com recurso ao programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 17.0. Para a estatística inferencial assentámos nos pressupostos de aplicabilidade de testes paramétricos, entre estes, a normalidade da distribuição e o tipo de escalas. Utilizámos as alternativas não paramétricas aos testes de comparação de médias *t*-student para amostras independentes e ANOVA, ou seja, Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, respectivamente, para comparar ou compreender as diferenças das categorias dos erros com os dados de de caracterização. Recorremos, ainda, ao Coeficiente de Correlação de Spearman, de modo a compreender a relação entre as escalas dos quatro constructos em estudo (auto-eficácia percebida, locus de controlo, stress e desenvolvimento moral), a auto-percepção das competências e a atribuição de dificuldade ou facilidade.

2.6.2 – Dados qualitativos.

Como único critério de inclusão de participantes para a entrevista, estabelecemos que aceitassem participar na investigação. Para o efeito, solicitámos voluntários entre os participantes na recolha de dados quantitativos, o que foi aceite por 24 estudantes do 2º ano e 17 do 4º ano.

Neste caso, partimos do princípio que, sendo a entrevista o aprofundamento de vivências que poderiam ter sido mais ou menos difíceis, o estudante deveria não apenas ser um caso rico de informação, isto é, ter experiência vivida sobre o fenómeno em estudo (Streubert, 2011), mas estar à vontade e aceitar falar da mesma.

Como a autora deste estudo é professora e coordenadora do 3º ano, tinha sido professora dos entrevistados (estudantes do 4º ano) ou viria a sê-lo no ano seguinte (estudantes do 2º ano), foi imperioso que redobrasse a cautela para evitar algum embaraço ou até mal-estar. Esta especificidade da investigação contribuiu também para que apenas participassem voluntários nesta etapa do estudo. As entrevistas em presença decorreram num clima de muita descontração, como verdadeiras conversas que permitiram a obtenção da informação indispensável. Efectuámos também entrevistas online, mediadas por computador, nomeadamente através do programa MSN Messenger™ e em formato escrito, o que segundo Streubert (2011) é cada vez mais comum. Por este meio, ainda que a não visualização da outra pessoa possa ser uma dificuldade, tem a vantagem de proporcionar tempo para reflexão e desinibição. A escolha do meio pelo qual preferiram ser entrevistados foi dos participantes, possibilitando-lhes maior segurança.

A relação entrevistador/entrevistado é tão importante que pode condicionar a qualidade da informação obtida, sendo portanto, a confiança essencial. Os primeiros momentos podem ser caracterizados pela desconfiança mútua. Tentámos ultrapassar esta dificuldade falando de aspectos gerais, mesmo não relacionados com a entrevista e dando início à mesma quando os participantes pareciam estar mais descontraídos, o que verificávamos pela postura corporal e contacto visual, quando foi presencial. Pode constatar-se a existência de uma verdadeira relação de confiança entre as duas partes quando o entrevistado fornece informação pessoal comprometedora para si próprio e quando tem suficiente liberdade para fazer perguntas ao entrevistador (Rodríguez Gómez et al. 1999). Nas entrevistas escritas online o embaraço inicial não se verificou.

No desenrolar da entrevista, cumprimos orientações para estabelecer um clima de naturalidade e de expressão livre por parte dos participantes, nomeadamente: evitar emitir juízos negativos sobre a pessoa entrevistada, demonstrando simpatia e compreensão; permitir que se exprima, dando tempo para elaborarem o seu pensamento, incentivando, suavizando situações que possam produzir desconforto e dando exemplos de situações semelhantes vividas; realizar comprovações cruzadas, fazendo com que diga mais do que uma vez a mesma coisa para comprovar a sua estabilidade e permitir a clarificação das suas ideias; demonstrar interesse e atenção através da postura corporal, da expressão facial ou de repetições clarificadoras; ser sensível aos sentimentos e ao discurso (Rodríguez Gómez et al., 1999).

As entrevistas em presença foram gravadas em fita magnética áudio para preservar tudo o que foi dito para análise posterior. A gravação pode ser mais ou menos incómoda para os entrevistados, mas a maior parte, após os primeiros momentos, abstrai-se da mesma (Merriam, 1998). Verificámos que tal aconteceu e tivemos o cuidado de colocar o gravador de modo discreto mas sem o esconder. A gravação das entrevistas permite o registo com fidedignidade de todas as conversas entre o entrevistador e o entrevistado. Para Taylor e Bogdan (1997) faz com que os participantes tomem consciência de que o objectivo é registar o que dizem. Relativamente ao entrevistador, permite captar mais do que a sua memória consegue reter. Tivemos o cuidado de, antes de estar na presença do estudante, verificar o funcionamento do gravador, levar duas cassetes de sessenta minutos bem como pilhas sobressalentes e apenas começar a gravar depois de o participante estar pronto e permitir. Especialmente devido à natureza da relação do entrevistador com o entrevistado, mantivemos uma conversa de quebra-gelo antes de começar a recolha de dados. Esta decorreu no período compreendido entre 8 de Julho e 31 de Outubro de 2010, em local, meio (presença ou online) e hora determinados pelos participantes.

Após cada entrevista, logo que possível, procedemos à redacção de notas de campo que incluíam as impressões sobre o ocorrido, nomeadamente o nosso desempenho e a reacção do participante. Continuámos a elaborar notas de campo aquando da transcrição (nas entrevistas em presença), que decorreu tão imediatamente quanto possível. Nas entrevistas mediadas por computador, procedemos à edição do que ficou escrito uma vez que os estudantes recorreram frequentemente a formas típicas de escrita em salas de conversação online, como “Kem”, “qdo” ou “td” e expressões como ☺ (sorriso) ou ☹ (tristeza).

No início da entrevista anotámos o nome real da pessoa, o código de identificação e a hora do início. No final registámos a hora e colocámos uma identificação, que salvaguardasse a confidencialidade (ex: 2-2, que significa 2º ano – entrevista 2) na etiqueta da fita magnética ou na cópia editada do texto, consoante o meio da colheita de dados.

Procedemos à transcrição do verbatim ou à edição do texto obtido online como descrevemos anteriormente. A transcrição do *verbatim* é o mais aconselhável porque possibilita ter toda a informação e a análise mais fiel dos dados Savoi-Zacj (2003). Uma

vez que procedemos à transcrição de cada entrevista o mais rápido possível a seguir à mesma, conseguimos recordar alguns pormenores, nomeadamente linguagem não verbal, que incluímos sempre que considerámos pertinente para compreender a disposição e contexto. O Anexo O inclui o exemplo de transcrição de uma entrevista com a respectiva nota de campo.

Analisar os dados é examinar de modo sistemático um conjunto de elementos informativos para delimitar e descobrir relações entre os mesmos e o todo. A finalidade é conhecer melhor a realidade estudada e elaborar modelos conceptuais que a expliquem. É um processo intuitivo, flexível, orientado para dar sentido aos dados sem que para isso seja necessário seguir um processo de separação em elementos e reconstrução do todo a partir da relação entre os elementos. O processo realiza-se sem que exista um método processual rigidamente estabelecido, ainda que se apoie em procedimentos precisos com diferentes fases que são comuns à maioria das análises qualitativas (Rodríguez Gómez et al., 1999; Vala, 1986). As regras são ditadas pelos teóricos de referência e pelos objectivos do estudo. Este processo implica a participação activa do investigador, que organiza conceptualmente os dados e apresenta a informação segundo categorias. Mesmo não existindo um modo único e padronizado de análise de dados, pode identificar-se, na maioria dos casos, tarefas e operações que constituem um processo comum.

A nossa abordagem de análise de dados inspirou-se no modelo de Miles e Huberman (1994). A seguir, descrevemo-lo e explicamo-lo bem como às nossas acções. É um processo dialéctico, num movimento de vaivém entre as etapas: redução dos dados; apresentação dos dados; obtenção e verificação dos dados.

A redução dos dados é definida por Miles e Huberman (1994) como o processo de simplificação, abstracção e transformação do material compilado. Nesta fase, inutilizámos toda a informação irrelevante mas guardámo-la de modo a aceder-lhe mais tarde, se necessário. Esta primeira etapa tem por objectivo simplificar, resumir e seleccionar a informação. A redução de dados, propriamente dita inclui: separação em unidades; codificação; classificação das unidades; síntese; agrupamento. A separação em unidades inclui a segmentação do texto em elementos singulares. No conjunto de dados diferenciam-se segmentos ou unidades que são relevantes e significativos. Os critérios para dividir a informação em segmentos ou unidades podem ser diversos. Neste

estudo, recorremos ao critério temático e designamos cada parcela do texto seleccionada consoante um determinado tema, por “unidade de análise”.

A seguir procedemos à identificação e classificação das unidades, ou seja, codificar e categorizar os dados. Para isso examinámos as unidades de análise para identificar os temas que permitissem a sua classificação em uma ou outra categoria. A codificação é a organização de dados em categorias conceptuais, pois “Codes are tags or labels for assigning units of meaning to the descriptive or inferential information compiled during a study. Codes are usually attached to ‘chunks’ of varying size – words, phrases, sentences or whole paragraphs.”²⁵ (Miles & Huberman, 1994, p. 56). É uma operação concreta em que a cada unidade se faz corresponder um código próprio da categoria a incluir. No nosso caso, aconteceu do seguinte modo. Desde a elaboração da problemática inicial e da respectiva revisão da literatura, antes da colheita de dados, sabíamos que existiam duas dimensões: **“percepções dos estudantes de enfermagem relativamente aos erros cometidos em aprendizagem clínica”** e **“percepções dos estudantes de enfermagem relativamente à oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento a partir dos erros cometidos em aprendizagem clínica”**. Não possuíamos categorização prévia. Para a organização dos dados, lemos as entrevistas várias vezes de modo a obter uma perspectiva geral. Procedemos então à marcação, sublinhando a cores os segmentos de texto consoante os que considerávamos na primeira (a vermelho) ou na segunda (a azul) dimensão acima indicada. Depois atribuímos um código consoante o que surgia em cada dimensão. Os códigos devem ser: válidos (reflectir com rigor o que se está a investigar); mutuamente exclusivos (distintos, sem se sobreporem); exaustivos (todos os dados relevantes devem encaixar-se num código).

A categorização permite classificar conceptualmente as unidades de análise incluídas no mesmo tópico. Uma categoria engloba um significado ou tipo de significados, podendo referir-se a uma situação e contexto, actividades e acontecimentos, relações entre pessoas, comportamentos, opiniões, sentimentos, perspectivas, métodos e estratégias ou processos. Ocorre em simultâneo com a separação em unidades de análise quando, como neste estudo, o critério é temático, pois ao separar-se uma unidade por se referir a um determinado assunto, imediatamente a mesma pode ser incluído na categoria que lhe

²⁵ Os códigos são rótulos ou etiquetas para atribuir unidades de significado à informação descritiva ou inferencial compilada durante um estudo. Geralmente estão ligados a ‘pedaços’ de tamanho variável – palavras, frases ou parágrafos completos. (Tradução livre, da autora)

corresponde. Categorizar dados implica juízos, decidir se determinadas unidades de análise podem ou não ser incluídas num código e tomar decisões a este respeito. As categorias podem ser estabelecidas por dedução, a partir de um referencial teórico e conceptual concebido para o efeito, isto é, a priori ou, à medida que se examinam os dados, num processo indutivo, a posteriori. No nosso caso, possuíamos as dimensões a priori mas as categorias foram estabelecidas a posteriori; as que foram surgindo eram provisórias e, à medida que progredíamos na codificação, foram-se consolidando. Este processo indutivo conduz a um sistema de categorias, produto da análise, e constitui um mapa de significados que traduz a complexidade da experiência humana (Rodríguez Gómez et al., 1999).

Nesta etapa, interrogámo-nos relativamente a cada unidade de análise: “O que é que isto está a dizer-me relativamente à dimensão [em causa]?”; “Que comportamento está aqui?”; “Qual é a estrutura do comportamento?”; “Quais as suas causas?”; “Quais são os seus processos?”; “Quais são as consequências?”; “Quais são as estratégias das pessoas para lidarem com o comportamento?”. Ou seja, dialogámos com os dados de modo a obtermos respostas com relevância para o assunto em estudo. Foi deste modo que obtivemos a categorização de cada dimensão, a qual se constituiu em categorias e subdivisões de cada categoria (subcategorias) sempre que considerámos necessário para uma melhor compreensão. Obtivemos assim categoria, subcategoria 1, subcategoria 2, e, em alguns casos, subcategorias 3 e 4. Procurámos que este processo seguisse um único critério de classificação e respeitámos a exclusão mútua.

A identificação e a classificação das unidades de análise relacionam-se com a sua síntese, pois ao proceder-se a uma categorização incluem-se diferentes unidades no mesmo tópico ou conceito teórico. A própria categorização é uma operação de síntese, na medida em que permite reduzir um determinado número de unidades a um conceito que as represente (Rodríguez Gómez et. al., 1999).

A etapa seguinte é a apresentação dos dados. Elaborámos quadros e figuras que incluem as dimensões e respectivas categorias, os quais são representações ou imagens visuais das relações entre os conceitos e são importantes instrumentos de análise e compreensão dos dados e resultados (Strauss & Corbin, 2007). Também apresentamos matrizes que podem albergar diferentes tipos de informação, com a apresentação de tabelas e aspectos especificados em filas e colunas (Miles & Huberman, 1994).

As matrizes que construímos incluem a dimensão em estudo no seu título. Na própria matriz, a coluna da extremidade esquerda apresenta a categoria, seguida pelas colunas das sub categorias 1, 2 e 3, respectivamente. A seguir, sempre orientando da esquerda para a direita, encontra-se uma coluna mais larga para as unidades de análise. A última coluna, à direita, serviu para a localização da referida unidade na transcrição da entrevista em causa, sendo apresentado por “E” que corresponde a “Entrevista” e “L” correspondente a “Linha”. Por exemplo, E3:L200-203 indica que aquela unidade se encontra na Entrevista 3, da linha 200 à 203. Incluímos um exemplo de uma matriz de análise no Anexo R.

Por fim, entramos na etapa final que inclui a obtenção de resultados e conclusões e a sua verificação. Para a obtenção de dados e conclusões procuram-se resultados e conclusões de acordo com os objectivos propostos. As conclusões são proposições que estabelecem os conhecimentos adquiridos sobre o problema. Implica a construção de um significado coerente, global, em que se reconhece a relação mais ou menos complexa entre os diferentes conceitos, bem como a comparação entre os diferentes contextos, casos e situações. Neste trabalho, procedemos à inclusão dos resultados qualitativos de modo integrado com os quantitativos, para corroborá-los, contrastá-los ou demonstrar incoerências. Apresentamos as duas dimensões em estudo, relacionando, sempre que pertinente, com dados quantitativos, atendendo à natureza mista desta investigação. Nesta fase da análise contextualizam-se e comparam-se os dados com outros estudos, integrando os resultados com outros estudos e teorias. Tentámos seguir algumas estratégias, nomeadamente a consolidação teórica, isto é, confrontação dos resultados obtidos com a revisão bibliográfica inicial, recurso a outros conceitos e teorias através da procura de posições mais gerais onde integrar os dados, possibilitando, deste modo, a sua generalização naturalista. Ocorreu um longo período de tempo entre o final do trabalho de campo e a análise de dados com a respectiva reflexão teórica, o que contribui para maior abstracção. Desta forma, ao voltarmos ao trabalho, a capacidade de reflexão e de análise parecia mais consolidada, com maior tranquilidade e clareza, sem um envolvimento intenso na entrevista, o que pode contribuir para uma percepção não enviesada. Cumprimos assim uma recomendação de Rodríguez Gómez et al. (1999), anteriormente experimentada em outros trabalhos de investigação da autora e que revelou ser, também neste, eficaz para a tranquilidade e imparcialidade necessária no

processo. Para além disto, com a mesma finalidade, procedemos à análise de dados qualitativos antes da análise estatística.

Depois da categorização, entregámos a cada participante a respectiva matriz para que validasse. Catorze não o fizeram, pelo que contamos com 65.85% de validações.

Como a redacção da investigação qualitativa é um ponto fulcral, procurámos explicar pormenorizadamente todas as decisões tomadas, redigimos notas de campo que reflectissem o contexto da colheita de dados e trabalhamos com a transcrição integral e exhaustiva das entrevistas, de modo a compreendermos o que foi dito. No Anexo O apresentamos um exemplo desta transcrição com a respectiva nota de campo.

A codificação foi validada com dois revisores externos, de modo a determinarmos a Confiabilidade. Para o efeito, entregámos a cada um deles o objectivo e perguntas orientadoras do estudo, as entrevistas e os códigos (Miles & Huberman, 1994) que, em conjunto com a nossa, traduz um índice de 88%, calculado de acordo a seguinte fórmula:

$$\text{Confiabilidade} = \frac{\text{Número de concordâncias}}{\text{Total do número de concordâncias + discordâncias}}$$

Do ponto de vista ético, apoiámo-nos no Relatório Belmont, emanado pela National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioural Research, em 1979, que esquematiza aspectos essenciais de investigação e engloba três princípios éticos essenciais (beneficência, respeito pela dignidade humana e justiça), continuando a ser considerado um guia de boas práticas (Greany et al., 2012; Sachs, 2011).

Capítulo 3

Apresentação, Análise e Discussão de Dados

O fio condutor deste estudo são as **questões de investigação** “Que factores estão associados ao erro cometido pelos estudantes de enfermagem durante a aprendizagem clínica?” e “Quais as percepções dos estudantes de enfermagem sobre os erros cometidos em aprendizagem clínica e a oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento que esta experiência lhes proporciona?”. O **objectivo** é: “Analisar factores associados aos erros cometidos pelos estudantes de enfermagem durante a aprendizagem clínica, e as suas percepções relativamente a essas ocorrências e à oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento que lhes proporcionaram”. As **perguntas orientadoras** são: 1) Qual é a percepção dos estudantes de enfermagem sobre o que é um erro na prestação de cuidados? 2) Que erros acontecem na aprendizagem clínica dos estudantes de enfermagem? 3) Que factores socio-demográficos e escolares dos estudantes de enfermagem estão associados à ocorrência de erro em aprendizagem clínica? 4) Que factores disposicionais, de auto-percepção de competências e de desenvolvimento estão subjacentes aos estudantes que cometem erros em aprendizagem clínica? 5) Que percepções possuem os estudantes de enfermagem que cometeram erros em aprendizagem clínica relativamente à ocorrência dos mesmos? 6) Em que medida os estudantes consideram que os erros cometidos contribuíram, dificultaram ou foram impeditivos da sua aprendizagem e desenvolvimento?

Este capítulo inclui o subcapítulo 3.1 dedicado à ocorrência de erros nos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica que incide na percepção dos participantes do que é um erro, a efectiva ocorrência de erros segundo as diversas categorias em estudo (erros na identificação de necessidades; erros no planeamento de cuidados; erros na execução dos cuidados de enfermagem; erros na avaliação dos cuidados de enfermagem; erros nas competências transversais; erros de medicação) e o contexto da sua ocorrência.

O subcapítulo 3.2 foca factores sócio-demográficos, escolares, disposicionais, de desenvolvimento e de auto-percepção de competências e a sua influência nos erros cometidos pelos estudantes em aprendizagem clínica, que apresentamos seguindo a ordem de recolha de dados e de tratamento de dados: Género; Idade; Proveniência; Residência; Estado civil; Existência de filhos; Coabitabilidade; Estatuto de trabalhador estudante; Dependência financeira; Grupo profissional do pai; Grupo profissional da mãe; Escolaridade do pai; Escolaridade da mãe; Média das classificações nas UC que antecedem o ensino clínico; Existência de unidades curriculares em atraso; Repetência

do ensino clínico em estudo; Ocorrência de erro em ensino clínico anterior; Ano de frequência; Serviço do ensino clínico em estudo; Classificação final obtida no ensino clínico; Auto-percepção das competências semanais; Percepção de auto-eficácia generalizada; Locus de controlo; Níveis de stress; Desenvolvimento moral.

O subcapítulo 3.3 apresenta as percepções dos participantes que cometeram erro relativamente à sua ocorrência, atendendo aos factores que contribuíram para a mesma, a reacção dos estudantes perante o sucedido, as acções subsequentes (efectuadas e as que consideram que devem ser efectuadas), as consequências para os intervenientes, o que poderia ter evitado o erro cometido e as estratégias para evitar os erros de medicação.

Por fim, o subcapítulo 3.4 expõe as percepções dos estudantes relativamente às oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento a partir do erro cometido, especificamente, a percepção de ter constituído oportunidade de aprendizagem, os factores que facilitaram a aprendizagem, a actuação do supervisor para facilitar a aprendizagem com o erro, os contributos do erro para a aprendizagem e desenvolvimento do estudante de enfermagem e, ainda, o erro enquanto factor dificultador e impeditivo da aprendizagem e do desenvolvimento.

Para facilitar a compreensão, na apresentação de dados que se segue, colocamos a categoria e a subcategoria 1 a **negrito**, a subcategoria 2 a sublinhado e a subcategoria 3²⁶ a *itálico*. As palavras dos participantes também se encontram a *itálico*. O conteúdo das notas de campo, em Calibri 11. Na estatística inferencial, atendendo ao elevado número de comparações efectuadas, apenas apresentamos os resultados que possuem significância estatística e as respectivas hipóteses. Considerámos a existência de significância estatística quando a probabilidade (p) é inferior a .05, por termos trabalhado com um nível de confiança de 95%. Para a classificação das correlações, atendemos à sua natureza (positiva ou negativa) e à sua intensidade, considerada nos termos definidos por Callegari-Jacques (2003) citado por Lira (2004): .00 a .30 – correlação fraca; .31 a .60 – correlação moderada; .61 a .90 – correlação forte; .91 a .99 – correlação muito forte. No que se refere aos dados qualitativos, apresentamos uma ou duas unidades de análise que sejam mais ilustrativas, devido, igualmente, ao seu elevado número. Nos quadros relativos às categorias, expomos os resultados dos que

²⁶ Nos casos em que existe uma subcategoria 4, as subcategorias 2 e 3 são a sublinhado e a 4 a itálico.

possuem mais unidades de análise para as que possuem menos, salvaguardando que na discussão de resultados, em alguns casos, esta lógica foi alterada, para maior fluência e compreensão do discurso.

3.1 – A Ocorrência de Erro em Aprendizagem Clínica dos Estudantes de Enfermagem

Começamos por clarificar as percepções dos estudantes em estudo quanto ao que consideravam ser um erro em aprendizagem clínica em enfermagem.

3.1.1 – Percepção do que é um erro em aprendizagem clínica de enfermagem.

As percepções dos estudantes relativamente ao que é um erro encontram-se resumidas no Quadro 3.1, apresentadas, segundo o número de unidades de análise, equivalendo a dez estudantes, das mais para as menos representadas, com identificação do ano de frequência no curso. O foco no processo é o mais evidente, seguindo-se nas consequências e, depois, na função e no alvo.

Quadro 3.1 – Percepção do que é um erro

| Subcategoria 1 (Foco) | Subcategoria 2 (Significado) | Subcategoria 3 (Alvo) | Nº de unidades de análise/Ano | |
|-----------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|----------|
| | | | 2º | 4º |
| No processo | Afastamento do que é correcto | | 0 | 3 |
| | É normal | | 2 | 0 |
| | Fazer algo mal depois de aprender | | 1 | 0 |
| | Algo negativo | | 1 | 0 |
| | Comparado a negligência | | 1 | 0 |
| Sub-total | | | 5 | 3 |
| Nas consequências | Prejuízo | Do cliente | 0 | 1 |
| | | Do profissional de saúde | 0 | 1 |
| | Gravidade | Há erros mais graves do que outros | 1 | 1 |
| Sub-total | | | 1 | 3 |
| Na função | Alerta | | 1 | 0 |
| Sub-total | | | 1 | 0 |
| No alvo | Quando incide em pessoas | | 1 | 0 |
| Sub-total | | | 1 | 0 |
| Total | | | 8 | 6 |

Com enfoque no **processo**, existem três unidades de análise do 4º ano a indicarem que é um afastamento do que é correcto.

“No meu entender, um erro pode ser tudo aquilo que foge à forma correcta de se executar determinado procedimento.” E4-37: L17-18

O erro foi considerado algo negativo por um estudante do 2º ano.

“Penso que um erro seja algo considerado negativo, que está relacionado com um tema, situação e pessoa em específico... ele surge porque aparece uma situação em específico.” E2-23: L174-176

Surge como fazer algo mal depois de aprender numa unidade de análise do 2º ano.

“Fazer uma coisa mal feita, após aprender voltar a fazer da mesma maneira.” E2-20: L10-11

Ainda é no 2º ano que é comparado a negligência por um estudante que afirma:

“Muitas vezes um erro é comparado a uma “negligência” (...).” E2-23: L178-179

Dois estudantes do 2º ano consideraram que é normal.

“Até alguns, erros normais do processo de aprendizagem, ditos normais.” E2-2: L4-5

A percepção de que um erro é um afastamento do que é correcto vai ao encontro dos conceitos de lapsos, falhas e enganos (Fragata & Martins, 2008). A sua normalidade durante a aprendizagem é reconhecida por Kushnir (1986), Berman (2006), Martin (2008) e Fragata e Martins (2008). Page e McKinney (2007) consideram mesmo que são inevitáveis. O erro afasta-se do que é correcto mas haverá apenas uma forma certa para um determinado desempenho? A criatividade e a intuição surgirão mais tarde, quando os prestadores de cuidados de enfermagem estiverem em estádios mais avançados (competente, proficiente ou perito), porque durante o curso o máximo que alcançarão é o de principiante avançado, caracterizado por uma visão parcelar dos fenómenos e um desempenho rígido (Benner, 1984), em que as referidas criatividade e intuição ainda não estão presentes. Fragata e Martins (2008) defendem que no erro não há intencionalidade mas um desvio, por diversas causas, na sequência de acções para a consecução de um objectivo. De acordo com os mesmos autores, a negligência é diferente, um conceito jurídico que implica culpa.

Quando o foco está nas **consequências** como num caso do 4º ano, trata-se de um prejuízo quer para o *cliente* quer para o *profissional de saúde*.

“(...) pode ter implicações graves ou até menos graves para a pessoa alvo desse procedimento.” E4-37: L19-21

“É obvio que, por se tratar de um erro, poderá prejudicar a pessoa que executa o procedimento.” E4-37: L23-24

Os participantes reconheceram que *há erros mais graves do que outros*, com verbalizações de um estudante de cada ano.

“Há erros e erros! (...) Há erros que não há direito a mais nenhum; não há direito a mais nenhuma oportunidade. (...) [suspira] Por exemplo... olhe, matar uma pessoa devido a um acto. Esquece! O melhor é mudar de profissão e fazer outra coisa. Há erros que são tão graves não podem acontecer. Infelizmente acontecem mas não devem acontecer.” E2-7: L496; 499-500; 502-505

O cliente, como receptor de cuidados de enfermagem, é igualmente alvo dos erros cometidos durante a prestação desses mesmos cuidados. Gross et al. (1993) explicam que os estudantes temem que os seus erros prejudiquem os clientes. Na realidade, os erros podem ter consequências que vão das físicas, mais ou menos graves, a económicas e sociais, com mais dias de internamento, ausência laboral e aumento dos custos. Podem ainda afectar a morbilidade e a mortalidade (Fragata & Martins, 2008). Este prejuízo é um dos factores que o faz ser temido e mesmo escondido por estudantes e por profissionais (Berman, 2006; McGregor, 2005). As consequências para quem errou podem revestir-se das mais diversas formas, consoante se é estudante ou profissional, indo desde a reprovação até à punição ética e legal, do compromisso da percepção da auto-eficácia ou da auto-imagem profissional aos problemas emocionais, stress, desistência e mesmo à expulsão da profissão (Berman, 2006; Santos, Silva, Munari & Miassi, 2007). Benner (1984), quando afirma que erros potencialmente perigosos nunca devem acontecer subentende a existência de diversos tipos de gravidade. O mesmo sucede a Valsecchi e Nogueira (2002), ao reconhecerem que o estudante do 2º ano está sujeito a erros mais graves, e a Carvalho (2005) para quem há erros que podem ser irreparáveis.

Reportando-se à **função**, segundo uma unidade de análise do 2º ano, o erro constitui um alerta.

“O erro tem a sua função, é sempre um alerta (...)” E2-7: L231

Santos et al. (2007), num estudo sobre os sentimentos dos enfermeiros após um erro de medicação, verificaram que cometer um erro provocava um estado de alerta para situações futuras.

Finalmente, o foco **no alvo** está patente numa unidade de análise do 2º ano, que refere a existência de erro quando a acção incide em pessoas.

“Eu considero erro quando é com as pessoas. Quando não sabemos responder, quando é falta de estudo, ainda não considero erro.” E2-18: L123-125

Na prestação de cuidados de saúde o centro e a finalidade são sempre o cliente. As causas para erros são diversas e a falta de conhecimentos é entendida como uma das principais razões por diversos autores, nomeadamente, Carvalho (2005), Berman (2006) e Koren et al. (2007), o que contraria o referido por este participante. Neste trabalho, como se pode verificar na pergunta 7 da 1ª Parte do Questionário de Auto-avaliação Semanal (Anexo K), incluímos os conhecimentos como possibilidade de erro. Na prática, a falta de conhecimentos é entendida como erro.

Em resumo, os estudantes demonstraram uma percepção algo simplista do que é um erro: um procedimento que se afasta do que é correcto, isto é, uma má execução depois de se ter aprendido, implicando pessoas, cliente ou profissional, que podem ser prejudicadas. Consoante a sua gravidade, é normal, com a função de alertar ou, então, é negativo e comparado a negligência. Porém, três participantes apresentaram uma percepção mais complexa. É o caso de um que considerou que é algo negativo e que se compara a negligência, ou seja, a percepção de um evento contraproducente, focado no processo. Outro estudante referiu ser um alerta, com prejuízo para o cliente e para o profissional de saúde, focando, portanto, na função e nas consequências. Um terceiro estudante percepcionou no alvo e nas consequências, nomeadamente, quando incide nas pessoas e que existem erros mais graves que outros.

Portanto, para os participantes desta investigação, a percepção do que é um erro não foi unânime, mas encontramos aspectos dos conceitos de estudante com prática insegura de Killam, Montgomery, Luhanga, Adamie e Carter (2010) e de erro de Fragata e Martins (2004) citados por Diz e Gomes (2008), nomeadamente no que se refere à colocação do cliente ou do profissional em risco e nas situações designadas como “erros honestos” e “erros desonestos”, consoante existe ou não intencionalidade, podendo chegar a negligência.

3.1.2 – Os erros cometidos em aprendizagem clínica.

A Figura 3.1 apresenta a totalidade dos erros cometidos em aprendizagem clínica de acordo com a sua categorização e ano do curso, como reportados nos questionários

semanais, e o Quadro 3.2²⁷ os relatados nas entrevistas. Os erros de medicação estão à parte porque não fazem parte do Questionário de Auto-avaliação Semanal. Foi no tratamento de dados que nos deparámos com o facto dos resultados relativos a estes erros contrariarem o existente na literatura de pesquisa (Harding & Patrick, 2008), ou seja, apresentaram-se em maior número no 4º ano do que no 2º ano e, também, não foram os erros mais reportados, o que nos levou a decidir estudar as estratégias para os evitar e a inclui-los em subcapítulo próprio.

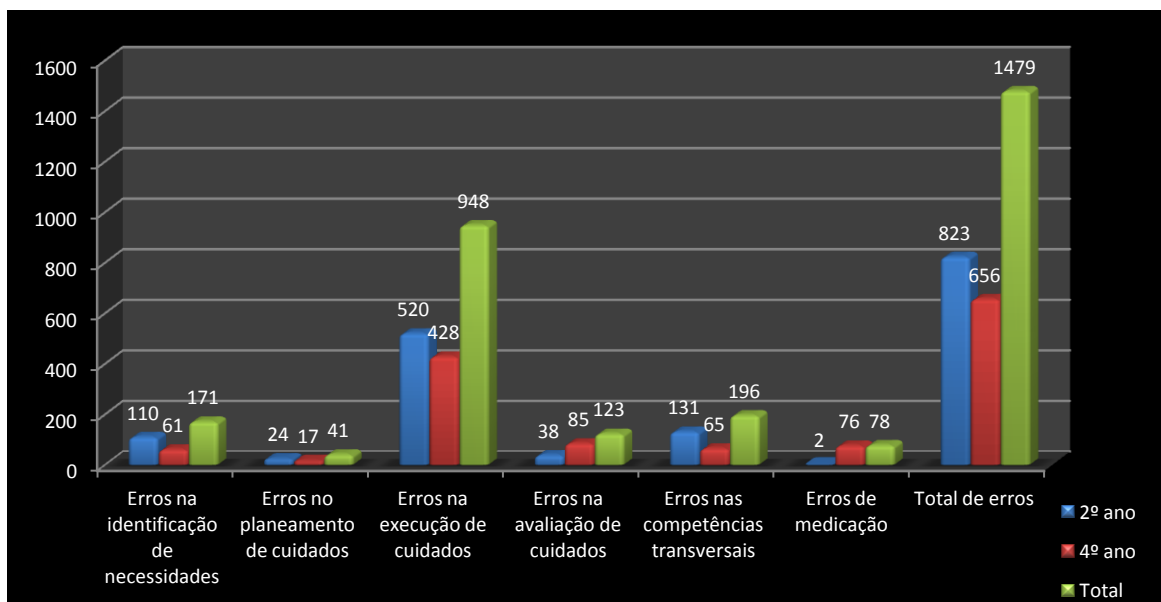


Figura 3.1 – Somatório dos erros cometidos em aprendizagem clínica de acordo com a sua categorização e ano do curso

De acordo com os dados obtidos através do questionário de auto-avaliação semanal, atendendo ao total de erros, os de execução dos cuidados de enfermagem foram os mais numerosos nos dois anos escolares, seguindo-se os de competências transversais, os de identificação de necessidades, os de avaliação dos cuidados de enfermagem e os de planeamento de cuidados. Por ano, verificamos que, no 2º ano, a seguir aos erros de execução dos cuidados de enfermagem, se sucederam os de competências transversais e os de identificação de necessidades, enquanto no 4º ano foram os de avaliação dos cuidados de enfermagem, os de competências transversais e os de identificação de necessidades, respectivamente (Figura 3.1).

Quando comparamos o número total de erros reportados nas entrevistas (Quadro 3.2), verificamos que a maior frequência ocorreu no 2º ano e que existiu um número mais

²⁷ A categorização dos erros foi a mesma para os dados quantitativos e qualitativos.

elevado de erros de medicação no 4º ano, que são assim os segundo erros mais relatados, quase com o mesmo número dos que ocupam o primeiro lugar.

Quadro 3.2 - Erros cometidos em aprendizagem clínica de acordo com a sua categorização e ano do curso

| Categoria | Subcategoria 1 | Subcategoria 2 | Subcategoria 3 | Nº de ocorrências/Ano | |
|--|---|--|------------------------------------|-----------------------|----|
| | | | | 2º | 4º |
| Categorização dos erros | Erros na identificação de necessidades | Identificação das necessidades do cliente através do processo clínico. | | 0 | 8 |
| | | Identificação das necessidades do cliente através do próprio e/ou da sua família | | 0 | 0 |
| | | Relação terapêutica com o cliente que permite identificar as suas necessidades. | | 2 | 2 |
| | | Identificação das necessidades do cliente através da observação. | | 5 | 3 |
| Sub total | | | | 7 | 13 |
| | Erros no planeamento de cuidados | Definição de Diagnósticos de Enfermagem de acordo com as necessidades do cliente nas suas diferentes dimensões | Falta de acompanhamento do cliente | 1 | 0 |
| | | | Estabelecimento de prioridades | 2 | 1 |
| | | Definição dos Resultados Esperados, enunciados em termos exequíveis e realistas. | | 0 | 0 |
| Sub total | | | | 3 | 1 |
| | Erros na execução dos cuidados de enfermagem | Fundamentação dos procedimentos inerentes à execução dos cuidados de enfermagem. | | 6 | 2 |
| | | Implementação dos procedimentos de acordo com a respectiva norma. | | 18 | 13 |
| | | Adaptação dos cuidados às necessidades do cliente. | | 0 | 1 |
| | | Manutenção da privacidade do cliente durante a implementação dos cuidados. | | 0 | 0 |
| | | Utilização de técnicas de comunicação com cliente durante a implementação dos cuidados. | | 1 | 0 |
| | | Prestação de cuidados atendendo às características de cada cliente. | | 0 | 0 |
| | | Execução dos cuidados planeados em tempo útil. | | 2 | 0 |
| Sub total | | | | 27 | 16 |
| | Erros na avaliação dos cuidados de enfermagem | Avaliação da evolução do cliente de acordo com os Resultados Esperados. | | 0 | 0 |
| | | Elaboração de registos com informação pertinente e útil à continuidade dos cuidados. | | 2 | 1 |
| | | Modificação do plano de cuidados de acordo com a avaliação efectuada. | | 0 | 0 |
| Sub total | | | | 2 | 1 |
| | Erros nas competências transversais | Demonstração de conhecimentos teóricos na identificação de necessidades do cliente. | | 1 | 0 |
| | | Desempenho independente da orientação do supervisor. | | 4 | 0 |
| | | Definição de estratégias para ultrapassar as suas dificuldades. | | 4 | 0 |
| | | Assumpção dos erros cometidos. | | 0 | 0 |
| | | Procura de ajuda junto de outros profissionais (incluindo enfermeiros e/ou docentes) quando os assuntos ultrapassam a sua competência. | | 2 | 0 |
| Sub total | | | | 11 | 0 |
| Total parcial (sem erros de medicação) | | | | 50 | 29 |
| Erros de medicação | | | | 10 | 14 |
| Total | | | | 60 | 43 |

Apresentamos no Quadro 3.3 o total de erros reportados pelos participantes de acordo com as respectivas categorias, com indicação das médias (*M*) e desvios padrão (*DP*).

Quadro 3.3 – Erros dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica por categoria (questionários)

| Variável | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> |
|---|----------|----------|-----------|
| Erros na identificação de necessidades | 51 | 3.35 | 2.68 |
| Erros no planeamento de cuidados | 26 | 1.58 | .81 |
| Erros na execução dos cuidados de enfermagem | 76 | 12.47 | 9.09 |
| Erros na avaliação dos cuidados de enfermagem | 37 | 3.32 | 3.60 |
| Erros nas competências transversais | 50 | 3.92 | 2.78 |
| Erros de medicação | 22 | 3.55 | 2.96 |

Pretendemos averiguar a existência de associação entre as categorias dos erros cometidos pelos estudantes.

H0 – Existe independência entre as diversas categorias dos erros cometidos pelos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica.

H1 – Existe associação entre pelo menos duas das diversas categorias dos erros cometidos pelos estudantes em aprendizagem clínica.

Consoante os resultados no Quadro 3.4, assumimos H1, pois existem correlações estatisticamente significativas entre o **total de erros** dos estudantes em aprendizagem clínica e as seguintes categorias: erros de identificação de necessidades ($\rho = .607$) com uma probabilidade de erro $< .05$ ($p = .000$); erros de execução dos cuidados de enfermagem ($\rho = .957$) associado a uma probabilidade de erro $< .05$ ($p = .000$); erros de avaliação dos cuidados ($\rho = .538$) associado a uma probabilidade de erro $< .05$ ($p = .001$); erros de competências transversais ($\rho = .491$) associado a uma probabilidade de erro $< .05$ ($p = .000$); erros de medicação ($\rho = .748$) associado a uma probabilidade de erro $< .05$ ($p = .000$).

Também existe significância estatística entre os **erros de identificação de necessidades** e as categorias que se seguem: erros de planeamento de cuidados ($\rho = .516$) associado a uma probabilidade de erro $< .05$ ($p = .012$); erros de execução dos cuidados de enfermagem ($\rho = .525$) associado a uma probabilidade de erro $< .05$ ($p = .000$).

Ainda, há relações significativas entre os **erros de execução dos cuidados** e as categorias: erros de avaliação dos cuidados de enfermagem ($\rho = .423$) associado a

uma probabilidade de erro $< .05$ ($p = .009$); erros de competências transversais ($\rho = .432$) associado a uma probabilidade de erro $< .05$ ($p = .002$); erros de medicação ($\rho = .743$) associado a uma probabilidade de erro $< .05$ ($p = .000$).

Assim, a associação entre o total de erros em aprendizagem clínica e os erros de execução dos cuidados de enfermagem é positiva muito forte, pelo que quantos mais erros foram relatados na execução dos cuidados de enfermagem mais erros existiram no total de erros cometidos em aprendizagem clínica. Também há uma correlação forte entre o total de erros e os erros de medicação, portanto, quanto mais erros de medicação foram reconhecidos mais elevado era o total de erros assumido em aprendizagem clínica. As associações entre o total de erros e as outras categorias acima apontadas são de moderada intensidade. Verificamos que o total de erros em aprendizagem clínica apenas não possui correlação estatisticamente significativa com o total de erros de planeamento de cuidados. No que se refere aos erros de identificação de necessidades, constatamos que as correlações com as categorias acima referidas são de intensidade média. Os erros de execução dos cuidados de enfermagem correlacionam-se com forte intensidade com os erros de medicação e com intensidade moderada com os erros na avaliação de cuidados de enfermagem e com os erros de competências transversais.

Na apresentação dos erros segundo as categorias em estudo, seguimos a sequência do processo de enfermagem, isto é, erros na “identificação de necessidades”, erros no “planeamento de cuidados”, erros na “execução dos cuidados de enfermagem”, erros na “avaliação dos cuidados de enfermagem”, erros nas “competências transversais” e os erros de “medicação” em subcapítulo próprio.

Quadro 3.4 – Correlações entre as dimensões de erros em aprendizagem clínica

| | Total de erros em aprendizagem clínica | | Erros de identificação de necessidades | | Erros de planeamento de cuidados | | Erros de execução dos cuidados de enfermagem | | Erros de avaliação dos cuidados de enfermagem | | Erros de competências transversais | | Erros de medicação | |
|---|--|--------|---|--------|--|-------|---|--------|--|--------|--|--------|--------------------|--------|
| | n | r | n | r | n | r | n | r | n | r | n | r | n | r |
| Total de erros em aprendizagem clínica | 76 | . | 51 | .607** | 26 | .223 | 76 | .957** | 37 | .538** | 50 | .491** | 22 | .748** |
| Erros de identificação de necessidades | 51 | .607* | 51 | . | 23 | .516* | 51 | .525** | 29 | .311 | 38 | .277 | 15 | .226 |
| Erros de planeamento de cuidados | 26 | .223 | 23 | .516* | 26 | . | 26 | .154 | 18 | -.181 | 23 | .096 | 9 | -.632 |
| Erros de execução dos cuidados de enfermagem | 76 | .957** | 51 | .525** | 26 | .154 | 76 | . | 37 | .423** | 50 | .432** | 22 | .743** |
| Erros de avaliação dos cuidados de enfermagem | 37 | .635* | 29 | .208 | 18 | -.233 | 37 | .558* | 37 | . | 28 | .007 | 13 | .368 |
| Erros de competências transversais | 50 | .491** | 38 | .277 | 23 | .096 | 50 | .432** | 28 | .115 | 50 | . | 15 | .054 |
| Total de erros de medicação | 22 | .748** | 15 | .226 | 9 | -.632 | 22 | .743** | 13 | .135 | 15 | .054 | 22 | . |

*Correlação significativa $p < .05$

** Correlação significativa $p < .01$

3.1.2.1 – Erros na identificação de necessidades.

Os erros na identificação de necessidades foram os segundos mais relatados nos questionários (Quadro 3.3) e a terceira categoria nos dados recolhidos nas entrevistas (Quadro 3.2 e Figura 3.2).

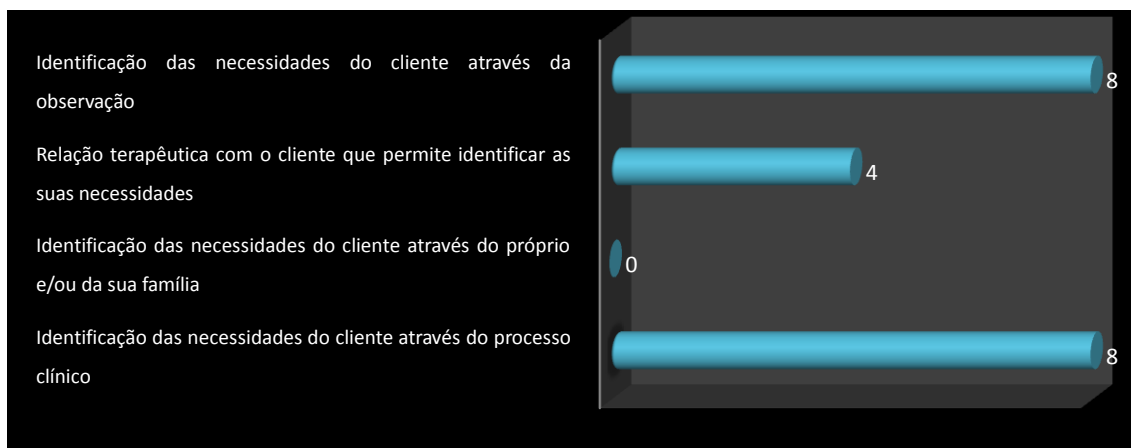


Figura 3.2 – Erros na identificação de necessidades

No que se refere a erros de identificação das necessidades do cliente através do processo clínico, apenas foram indicadas ocorrências em estudantes do 4º ano, em número de oito.

“(...) administrar um paracetamol 1gr EV a um cliente que apresentava febre! Eu primeiro perguntei se ele já tinha assinado na folha da medicação aquela administração e ele disse que não. Então fui verificar se realmente aquela senhora tinha paracetamol prescrito. Tinha mas era em SOS. Só que o que não verifiquei foi qual tinha sido a última administração.” E4-42: L50-55

Esta é a primeira etapa do processo de enfermagem, uma metodologia científica de resolução de problemas. Pensamos que a ausência de estudantes do 2º ano neste resultado tem a ver com esta actividade ser efectuada com ou mesmo pelo supervisor na primeira experiência hospitalar.

Referências a erros de identificação das necessidades do cliente através da observação surgiram com cinco ocorrências no 2º ano e três no 4º ano.

“Um padrão que era para avaliar e não avaliei. (...) Eu não é que dei por isso, a professora é que deu. É um erro, não podia ter deixado de avaliar.” E2-5: L18; 22-23

“(...) a troca de medição de glicemia capilar (...) ainda não estava muito acostumado com a numeração da cama, e em vez de ir a um doente medir a glicemia capilar, fui medir ao doente ao lado.” E4-29: L5; 7-8

A observação, como a comunicação, é um instrumento básico de enfermagem porque permite obter informações sobre o cliente que possibilitam o planeamento de cuidados e a tomada de decisão (Brasil, 1997). É sistemática, exige envolvimento e o estudante vai desenvolvendo esta capacidade com conhecimentos e experiência (Benner, 1984). Brasil (1997) desenvolveu uma investigação que pretendeu caracterizar, entre outros aspectos, as percepções de docentes e de enfermeiros sobre a forma de ensinar a observar e verificou que são necessárias orientações sistemáticas, ou seja, um “roteiro” na prática real e em contexto para que o estudante compreenda o que está para além do que é verbalizado pelo cliente. Não acontece isoladamente e necessita ser planeado e organizado consoante os objectivos pretendidos. Exige conhecimentos e capacidades multidimensionais de âmbito cognitivo, afectivo e psicomotor. Pela sua complexidade, é natural que este tipo de erros ocorra mais nos estudantes do 2º ano.

Erros de relação terapêutica com o cliente que permite identificar as suas necessidades foram referidos em duas ocorrências em cada ano.

“Devia ter-me apresentado, perguntado à sra. se aceitava ser tratada por uma aluna estagiária e “gostaria de saber como gostaria de ser tratada” (...) Foi não ter perguntado à sra!” E2-7: L196-198; 210

A relação terapêutica inerente à prestação de cuidados de enfermagem caracteriza-se por uma parceria estabelecida com o cliente assente no respeito pelas suas capacidades (Ordem dos Enfermeiros, 2003). Os erros reportados relacionavam-se com comunicação que garantisse o conhecimento do cliente, o considerasse parceiro e respeitasse as suas capacidades. Watson (1985) e Benner (1984) explicitam como esta relação é importante para o bem-estar, a recuperação e a promoção da saúde da pessoa hospitalizada e, portanto, errar neste aspecto é comprometer os resultados desejados.

Nenhum estudante reconheceu erros na identificação das necessidades do cliente através do próprio e/ou da sua família, o que pode dever-se ao desempenho ser efectuado com elevado grau de supervisão.

3.1.2.2 – Erros no planeamento de cuidados.

Os erros no planeamento de cuidados ocupam o penúltimo lugar na frequência total de erros mencionados nos questionários (Quadro 3.3) e nas entrevistas (Quadro 3.2).

Sucedeu um erro na definição de diagnósticos de enfermagem de acordo com as necessidades do cliente nas suas diferentes dimensões por *falta de acompanhamento do cliente* como indicado numa ocorrência de um estudante do 2º ano.

*“Passei por uma situação infeliz, quando deixei o meu cliente no duche sozinho (...) como é óbvio fiquei do lado de fora da porta e ia perguntando se estava tudo bem (...)”*E2-11: L19-20;22-23

E no *estabelecimento de prioridades* por dois estudantes do 2º ano e um do 4º ano.

“(...) ao chegar ao serviço fui directamente à sala de enfermagem buscar os papeis necessários para a admissão. Para mim foi uma falha muito grande não ter ido imediatamente ter com o meu cliente (...) mas na minha cabeça eu tinha falhado porque não defini a prioridade mais correcta.” E2-12: L25-29; 34-35

O planeamento de cuidados exige tomada de decisão e pensamento crítico, sendo, por isso, uma actividade intelectual e ética que pressupõe definição de objectivos, estabelecimento de prioridades e selecção de estratégias de intervenção (Reilly & Obermann (1999). Pacheco (2008) reportou erros nos estudantes devido a falta de estabelecimento de prioridades. Silva (2001) inclui este tipo de erros nos de concepção e em que, ocorrendo, comprometem todo o desempenho posterior, sendo mais complexos, subtis e difíceis de detectar do que os de acção (como os de execução dos cuidados de enfermagem) e fazem-nos perigar. A menor evidência de erros nesta categoria deve-se, possivelmente, ao estudante desenvolver os procedimentos necessários com o supervisor que guia o raciocínio, as tarefas e as actividades, principalmente no 2º ano em que o estudante só executa os cuidados depois de ter demonstrado que sabe o que irá fazer, como e porque o fará.

Nenhum estudante indicou erros de definição dos resultados esperados, enunciados em termos exequíveis e realistas, o que, no nosso parecer, sucede porque a supervisão os previne.

3.1.2.3 – Erros de execução dos cuidados de enfermagem.

Os erros de execução dos cuidados de enfermagem foram os mais relatados quer nos questionários (Quadro 3.3) quer nas entrevistas (Quadro 3.2 e Figura 3.3).

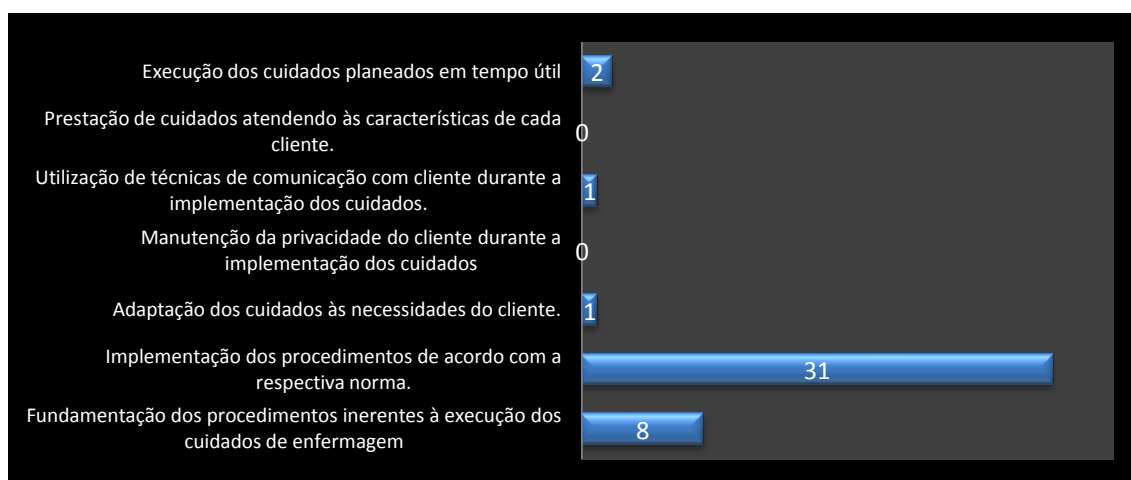


Figura 3.3 – Erros de execução dos cuidados de enfermagem

Os erros de fundamentação dos procedimentos inerentes à execução dos cuidados de enfermagem foram apontados em seis ocorrências do 2º ano e duas do 4º ano.

“Aconteceram momentos de falha de conhecimentos tanto a nível de patologias como a nível de medicação (...) inclusive a falta de conhecimentos que me foi apontada.” E4-32: L10-11; 53

A ausência de conhecimentos verificou-se num estudo de Simões et al. (2006) devido à ausência de conteúdos no período teórico e ao esquecimento dos estudantes. Os conhecimentos para a prestação de cuidados pressupõem abertura a novas situações para transferir o que foi ouvido e aprendido em sala de aula para o contexto real num processo que não é de aplicação, como foi entendido durante décadas, mas de transferência, a qual possui diversos modos e mecanismos (Miranda, 2005). Na aprendizagem clínica o estudante adquire capacidades que lhe permitem dar resposta às necessidades de cada cliente de acordo com a integração, a combinação e a transposição de diversos saberes. Aprende também a mobilizar conhecimentos num contexto profissional (Rua, 2011).

Os erros na implementação dos procedimentos de acordo com a respectiva norma foram os mais representados com 18 ocorrências do 2º ano e 13 no 4º ano.

“(...) foi a questão da tracção da algália com o adesivo, com o fio, com o nastro e que por duas vezes não fiz.(...). Deixei a algália solta. Realmente foi. Foi isso. (...) o que acontecia era colocar as gases conspurcadas no lixo normal (...).” E2-2: L22-23; 26; 109-110

“(...) efectuar um penso de maneira errada. (...) refiro-me à ordem de fazer a lavagem com soro. (...) desinfectei a ferida cirúrgica de dentro para fora sendo que deveria ser ao contrário.” E2-15: L32; 35; 38-39

Os erros de execução segundo os procedimentos, são os mais valorizados (Carvalho, 2005). Implementar um procedimento de acordo com uma norma, exige conhecimentos enquanto a destreza e a habilidade se desenvolvem progressivamente na prática, o que pode explicar a razão de mais ocorrências no 2º ano, com mais erros em procedimentos básicos enquanto no 4º ano foram em procedimentos mais específicos ou complexos. Estes dados confirmam os de Pacheco (2008) que verificou que os estudantes apresentavam mais erros quando tinham que desempenhar novos procedimentos, justificando a sua maior referência no 2º ano.

Quanto à adaptação dos cuidados às necessidades do cliente houve uma referência no 4º ano.

“(...) tive uma utente com anemia ferropénica que levei à casa de banho e fiquei do lado de fora a espera da senhora. (...) pelo facto da senhora ter uma anemia sentia-se mais fraca e podia ter caído e eu não estava a assegurar a segurança da utente.” E4-34: L129-131; 133-134

Na aprendizagem clínica o estudante desempenha dois papéis; é estudante e enfermeiro e, neste papel, a satisfação das necessidades de cada cliente é o âmago da sua actuação (Gonçalves et al., 2009; Ordem dos Enfermeiros, 2003; Wilson, 1994). No caso em análise, o de estudante não foi bem desempenhado porque não possuía conhecimentos e o de enfermeiro também não porque não teve em conta as necessidades e a segurança do cliente.

Concernente a erro na utilização de técnicas de comunicação com o cliente durante a implementação dos cuidados, foi verbalizada uma ocorrência no 2º ano.

“Eu tenho assim a mania dos diminutivos, “ na mãozinha”, “no bracinho” e era constantemente chamada a atenção sobre isto. (...); o erro eram mesmo os diminutivos.” E2-3: L26-28; 63

Como já afirmámos, a comunicação é um instrumento básico em enfermagem. A sua importância é explicada, entre muitos autores, por Martin (2008) que alerta para não se usar linguagem intimista. A aprendizagem da comunicação eficaz acontece em situação real e em interacção com os clientes com desenvolvimento de capacidades de escuta e atenção e consciência da sua prática bem como análise do seu comportamento (Watson, 1985). Na investigação de Rua (2011) as dificuldades de comunicação afiguram-se acentuadas nos estudantes que demonstraram dificuldades de o fazer com o cliente

devido a inexperiência, insegurança e stress. A autora verificou que estas dificuldades diminuem ao longo do curso, o que vai ao encontro dos resultados nesta pesquisa.

No que se refere a erros relacionados com a execução dos cuidados planeados em tempo útil, apenas os estudantes do 2º ano endossaram duas ocorrências.

“O sr. ficou metade do turno sem comer, não havia necessidade disso. (...) Mas daqueles de pipeta, mas como não somos nós que levamos, está na mesinha de cabeceira do cliente, eu nunca mais me lembrei.” E2-6: 158-159; 211-213

Por tempo útil entendemos o necessário para satisfazer as necessidades do cliente sem o fazer esperar desnecessariamente, de modo que as acções terapêuticas possuam o máximo de eficácia. Exige capacidades de planeamento de cuidados e de estabelecimento de prioridades. Nas competências do enfermeiro de cuidados gerais, lê-se “Estabelece prioridades para os cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores.” (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p. 21) e na execução de cuidados, “Implementa os cuidados de enfermagem planeados para atingir resultados esperados.” (Idem, p. 22). Cunha et al. (2010) verificaram, numa revisão bibliográfica, que 52.6% dos enfermeiros consideravam que os estudantes de enfermagem tinham dificuldades no estabelecimento de prioridades.

Não existiu referência a erros de manutenção da privacidade do cliente durante a implementação dos cuidados nem de prestação de cuidados atendendo às características de cada cliente. A manutenção da privacidade do cliente é central na prestação de cuidados de enfermagem e pode ser colocada em risco no internamento devido à exposição do seu corpo e ao toque dos profissionais, isto é, estranhos, ou ainda, por perguntas invasivas e manipulação de líquidos corporais (Martin, 2008; Watson, 1985). A subcategoria prestação de cuidados atendendo às características de cada cliente relaciona-se com a privacidade e ambas referem-se à pessoa como ser único (Watson, 1985).

3.1.2.4 – Erros na avaliação dos cuidados de enfermagem.

Na última posição do total de erros, tanto nos dados obtidos em questionário (Quadro 3.3) quanto nos de entrevista (Quadro 3.2), estavam os de avaliação dos cuidados de enfermagem, à excepção dos erros de medicação.

Apenas foram relatados erros na elaboração de registos com informação pertinente e útil à continuidade dos cuidados, com duas ocorrências no 2º ano e uma no 4º ano.

“E eu avaliei e não pus no registo e ela “se fizeste porque não puseste no registo?” E um senhor que estava desidratado e eu não registei. (...). O que eu avaliava eu não registava. (...). Levei muito tempo a acertar com registos.” E2-5: L168-170; 175; 179

Os registos ou documentação dos cuidados fazem parte das competências do enfermeiro de cuidados gerais: “Avalia e documenta a evolução, no sentido dos resultados esperados” (Ordem dos Enfermeiros, 2004, p. 22) Da correcção e do rigor da sua elaboração depende a continuidade dos cuidados e a excelência dos mesmos. Demanda atenção para o que registar e saber comunicar por escrito.

Não foram indicados erros de avaliação da evolução do cliente de acordo com os resultados esperados e modificação do plano de cuidados de acordo com a avaliação efectuada, possivelmente porque são actividades desempenhadas em conjunto ou mesmo pelos supervisores.

3.1.2.5 – Erros nas competências transversais.

Os dados resultantes do questionário colocaram os erros nas competências transversais em terceiro lugar (Quadro 3.3) e os das entrevistas, em quarto lugar, sem referências no 4º ano (Quadro 3.2 e Figura 3.4).

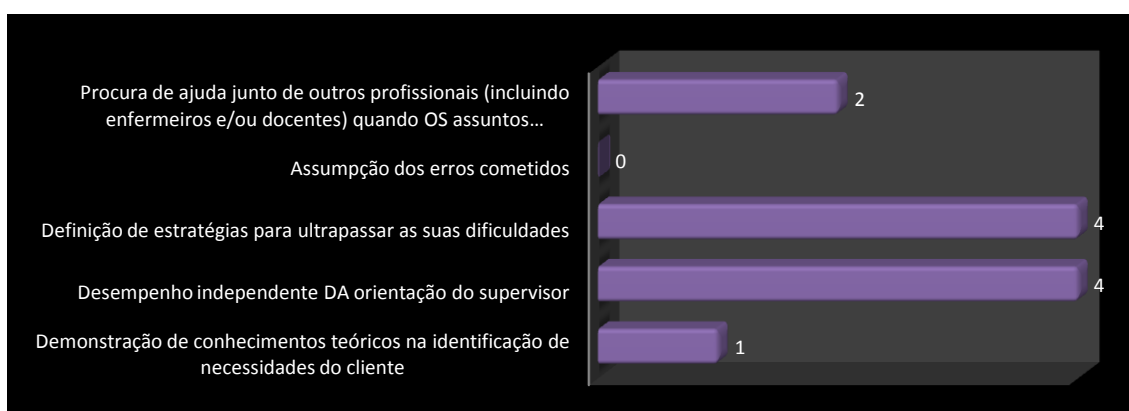


Figura 3.4 – Erros nas competências transversais

No que se refere a erros na demonstração de conhecimentos teóricos na identificação de necessidades do cliente, foi apontada uma ocorrência no 2º ano.

“A sra. A quer isto, quer aquilo?” (...). Realmente foi um erro; eu deveria ter confirmado com a sra. como gostaria de ser tratada.” E2-7:L161; 170-171

A prestação de cuidados de enfermagem exige conhecimentos: “Para cuidar de alguém, tenho de saber muitas coisas (...). Assim, cuidar é um empreendimento epistémico que (...) requer estudos sérios, reflexão, acção e uma pesquisa para novos conhecimentos que ajudarão a descobrir novos significados (...).” (Watson, 2002, p. 56). Neste caso, conhecimentos que necessitava mobilizar para identificar as necessidades do cliente. Sublinhamos que, geralmente, o estudante está acompanhado pelo supervisor clínico quando identifica as necessidades, sendo questionado e orientado na reflexão e no planeamento dos cuidados. É uma forma de salvaguardar tanto a segurança dos cuidados prestados quanto a aprendizagem.

Os erros no desempenho independente da orientação do supervisor foram indicados exclusivamente por estudantes do 2º ano, com quatro ocorrências.

“O estar mais lento de raciocínio, a mão não estar tão certa. A orientadora teve de por a mão.” E2-8:L106-107

Aconteceu apenas a estudantes do 2º ano possivelmente porque estão mais dependentes da supervisão do que os do 4º ano. A supervisão deve ser individualizada e dependente de factores como as necessidades do cliente e do estudante, os estádios de desenvolvimento deste e os do supervisor, as características do serviço, as tarefas a realizar, os conhecimentos a adquirir ou a mobilizar e a atmosfera afectiva e relacional que envolve os intervenientes (Alarcão & Tavares, 2007).

Também foram unicamente estudantes do 2º ano que referiram quatro ocorrências de a erros na definição de estratégias para ultrapassar as suas dificuldades.

“[o erro foi] não pedir ajuda ao orientador para sentir a artéria.” E2-24: L73-74

Ser capaz de definir estratégias para ultrapassar dificuldades pressupõe que o estudante se conheça, esteja à-vontade e tenha iniciativa. São capacidades que implicam maturidade, segurança teórica, integração nos serviços, reflexão, gestão do imprevisível e comunicação, áreas verificadas problemáticas numa investigação de Longarito (2002).

E, uma vez mais, foram só estudantes do 2º ano que relataram dois erros na procura de ajuda junto de outros profissionais (incluindo enfermeiros e/ou docentes) quando os assuntos ultrapassam a sua competência.

“(…) e eu em vez de ter encaminhado para a responsabilidade do médico ou enfermeiro chefe do serviço, vi-me confrontado com uma questão difícil – transmissão de más notícias a familiares.” E2-23:L26-29

No 2º ano o estudante inicia a sua socialização profissional e é a primeira vez que se integra numa equipa de prestação de cuidados hospitalares. Como Rua (2011) verificou, necessita de tempo para se integrar e movimentar-se no contexto em que ocorre a aprendizagem clínica. Os estudantes de enfermagem têm revelado falta de poder na equipa de saúde, especialmente nos primeiros anos do curso (Bradbury-Jones et al., 2007; Pacheco, 2011), o que dificulta a sua tomada de decisão, foi confirmado aquando da validação com os participantes deste estudo.

Não foram reportados erros de assumpção dos erros cometidos. Porém, dois participantes do 2º ano afirmaram no início da entrevista que não cometeram erros mas revelaram-nos no desenrolar da mesma. Ao confrontarmos as entrevistas com as respectivas auto-avaliações semanais verificámos que existiram várias incongruências deste tipo. Esconder um erro é um impulso humano e revelá-lo pode ser difícil numa tentativa de evitar o embaraço (Berman, 2006) pois há culpa e vergonha e a revelação depende da confiança que se tem na pessoa ou no sistema a quem se comunica (Arndt, 1994). Como a cultura académica e a profissional tendem a punir os erros, os estudantes escondem-nos, o que exige uma mudança a este nível (Fragata & Martins, 2008).

3.1.2.6 – Erros de medicação.

Ao longo da aprendizagem clínica os erros de medicação foram os menos referidos nos questionários semanais (Quadro 3.3) mas nas entrevistas constituíram os segundos mais reportados quer nos estudantes do 2º ano quer nos do 4º ano (Quadro 3.2), com 10 e 14 ocorrências, respectivamente.

Os seguintes trechos são exemplos das verbalizações acerca destes erros.

“Por exemplo um senhor tinha uma medicação às oito e ao meio-dia. Uma determinada dose às oito e uma determinada dose às doze e eu troquei as doses. (...) A do meio-dia dei às oito e a das oito dei às doze. (...). Porque eu dei primeiro o meio de manhã e dei o um ao meio-dia. A dose maior ao meio-dia.” E2-6:L14-16: 18-19; 27-28

“(...) não verifiquei que retirei um frasco de bicarbonato, ou o que era. Eu sei que a intenção era tirar um frasco de água bidestilada.” E4-9: L4-6

Os erros de medicação, por definição, são acontecimentos que ocorrem enquanto o fármaco está sob controlo do profissional de saúde que o usa de modo inadequado durante a prescrição, a transcrição, o fornecimento e a administração, podendo ou não lesar o cliente (Fragata & Martins, 2008; Page & McKinney, 2007).

Page e McKinney (2007) relatam os resultados de um estudo em que se verificou que 39% dos erros de medicação assentavam no desrespeito de regras. A importância do cumprimento das regras na administração de terapêutica foi igualmente reconhecida pelos enfermeiros no estudo de Arndt (1994). Os erros baseados em regras estão associados à aplicação de uma regra mal definida ou à má aplicação de uma boa regra (Berman, 2006). Nos erros indicados neste estudo, tratou-se da segunda situação, com violação de regras básicas de administração de terapêutica. Como o estudante do 2º ano é proximamente supervisionado, é natural que este tipo de erro ocorra menos neste ano.

Os erros de medicação têm múltiplas causas; do ponto de vista do enfermeiro ou do estudante de enfermagem salienta-se a inexperiência, a falta de conhecimentos, a negligência, a falta de atenção, a desactualização e a violação de regras e princípios, (Diz & Gomes, 2008; Fragata & Martins, 2008; Lobo, 2008; Page & McKinney, 2007). Os erros mais frequentes são maioritariamente de dosagem (Diz & Gomes, 2008). Segundo as palavras de supervisores clínicos há sempre erros de medicação por parte dos estudantes mas existem medidas padronizadas para os evitar: não se precipitar; assegurar os “cinco certos”; ser administrado por quem preparou; verificar e reverificar durante a preparação e administração; planear as actividades do turno; conhecer a medicação prescrita; manter a calma nos casos imprevistos; estabelecer prioridades; solicitar ajuda; solicitar supervisão (Martin, 2008). Para ajudar a prevenção destes erros nos estudantes de enfermagem, Gregory et al. (2007) recomendam que o ensino de farmacologia ocorra ao longo do curso e não apenas no primeiro ano.

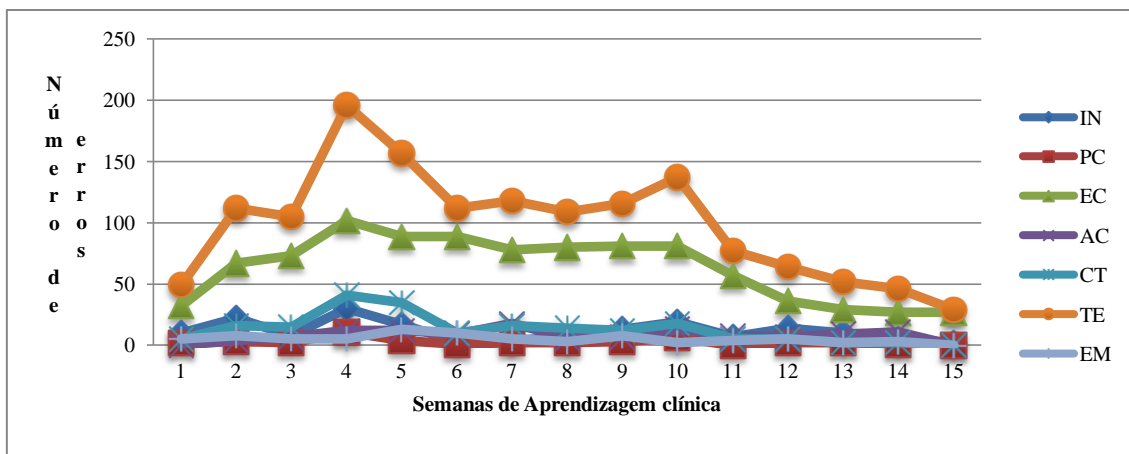
3.1.2.7 – Contexto de ocorrência dos erros.

Houve seis repetições do mesmo erro entre os participantes do 2º ano, sendo três pelo mesmo estudante, e uma no 4º ano. A repetição do erro é um receio que McGregor (2005) encontrou num estudo, em que uma estudante relatou ter sido a única a quem isso aconteceu e estava aterrorizada com a perspectiva de desempenhar o mesmo procedimento (administração de terapêutica) o que afectou seriamente a aprendizagem. A estudante reprovou e a autora concluiu que alguns estudantes necessitam de mais tempo para aprender que outros.

No nosso estudo verificámos que os erros ocorreram na prestação de cuidados a clientes idosos, desorientados, em privação alcoólica, submetido a amputação, estrangeiro, com múltiplas patologias, dependentes, mas também naqueles com independência nas actividades de vida diária (AVDs), portanto, existiram erros com vários tipos de clientes internados em serviços de medicina e cirurgia.

As pessoas que estavam presentes no local e no momento da ocorrência do erro foram: o(s) supervisor(es) clínicos, em 18 casos; apenas o cliente, em 11; enfermeiro(s) do serviço (que não supervisores), em 8; colegas, em 7; outros clientes, em 4; familiares do cliente, em 3; assistentes operacionais, enfermeiro chefe e só o estudante em, respectivamente, 2 casos. Assim, foi na presença dos supervisores que se verificou o maior número de erros. Esta presença, não obstante ser indispensável na formação de enfermeiros, é um factor de stress que pode levar a comportamentos indesejáveis e mesmo perigosos por parte do estudante, o que pode ser minimizado com práticas laboratoriais antes do início da aprendizagem clínica (Kushnir, 1986) e com o estabelecimento de uma relação pedagógica adequada.

Durante a aprendizagem clínica os erros distribuíram-se pelas semanas conforme consta na Figura 3.5.



Legenda: IN – Identificação de Necessidades; PC – Planeamento de Cuidados; EC – Execução dos Cuidados de Enfermagem; AC – Avaliação dos Cuidados de Enfermagem; CT – Competências Transversais; TE – Total de Erros; EM – Erros de medicação

Figura 3.5 Total de erros cometidos de acordo com a sua categorização e semanas de aprendizagem clínica

Foi na semana 4 que se verificou um total de erros superior, seguindo-se a semana 5, a 10, a 2 e a 7. Nota-se, a partir da semana 11, uma diminuição progressiva até ao final. Salvaguardamos, porém, que a aprendizagem clínica do 2º ano teve a duração de 12 semanas, portanto, a partir destas, os dados registados apenas se referem ao 4º ano, o que exige cautela na interpretação. Deste modo, havendo uma oscilação ao longo das semanas, na semana 4 registou-se o pico máximo, o que corresponde, frequentemente, àquela em que os estudantes assumem a prestação de cuidados globais a mais clientes, enquanto nas semanas anteriores lhes é proporcionada oportunidade de ambientação ao serviço, aos clientes e aos cuidados. Voltou a haver um aumento na semana 10 e, a partir da semana 11, os erros começaram a diminuir, numa fase já de estabilidade e ambientação. A variação do total de erros e dos erros de execução dos cuidados de enfermagem foi semelhante.

O início da aprendizagem clínica registou maior número de erros e o turno foi o da tarde. Enquanto os estudantes do 4º ano fizeram os três turnos, os do 2º ano não estiveram presentes nos da noite. Kushnir (1986) também constatou um número mais elevado de erros no início da aprendizagem clínica. Silva (2000) e Costa (2009) explicam, com base nas cronociências, que a atenção e a memória a curto prazo são mais eficientes perto do meio-dia, portanto, no turno da manhã.

Na totalidade, os erros foram detectados pelas pessoas que os participantes indicaram e que estão na Figura 3.6: em primeiro lugar, o estudante; em segundo, o supervisor

clínico; em terceiro lugar, o supervisor pedagógico. No 4º ano, porém, o supervisor clínico detectou mais erros que o estudante, ainda que a diferença seja apenas de uma ocorrência. É importante serem os estudantes a detectarem os erros porque o desapontamento que lhes provoca, comporta novas possibilidades de aprendizagem (Bevis, 2005). Cormier (1988) entende que este reconhecimento possibilita a aprendizagem pelos seguintes motivos: ratificação dos limites; reconhecimento da falibilidade e das imperfeições; não culpabilização de outros indivíduos; dissolução de mitos, reconhecendo que errar é humano; orientação teórica; estratégias para compreender os clientes; decisão de ser enfermeiro ou mudar.

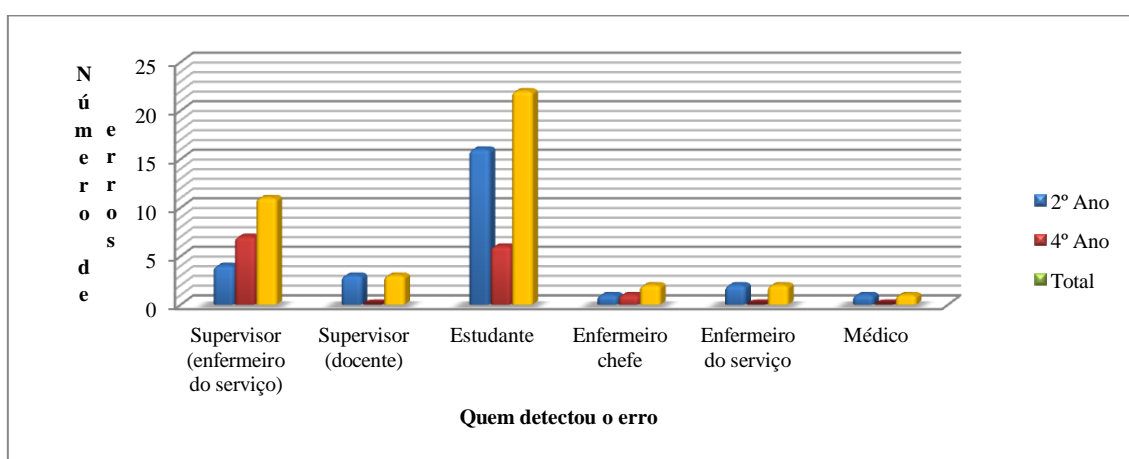


Figura 3.6 - Quem detectou o erro cometido pelo estudante de enfermagem em aprendizagem clínica

Na avaliação semanal, que nos permitiu obter dados com o preenchimento dos questionários, 10 estudantes nunca apontaram erros. Destes, apenas três aceitaram participar nas entrevistas. Um do 4º ano manteve que não errou e as suas aprendizagens clínicas anteriores eram conhecidas e tidas como excelentes. Outro participante, depois das questões lhe terem sido colocadas de modo diferente, recordou-se de um erro. Neste caso, das notas de campo consta o seguinte: “Entrevista difícil porque se refugia em perguntas ‘teóricas’ com dificuldade em falar em si e nas suas experiências concretas. Leva muito tempo a responder a cada pergunta. Sinto pouca espontaneidade. Afinal até há um erro que não reportou nas avaliações semanais e do qual se vê que tem dificuldade de falar. E um erro que leva, inclusivamente, a monitorizar-se um cliente²⁸.” O terceiro participante referiu vários erros e o risco de reprovação, de que fala com facilidade. Isto reforça a importância de um estudo misto em que, por alguma razão, os participantes verbalizam mais facilmente do que escrevem. O segundo caso parece indiciar uma dificuldade de

²⁸ No caso em apreço, em consequência do erro cometido foi necessário proceder à monitorização rigorosa dos sinais vitais e da glicémia capilar do cliente.

aceitar ou até de reconhecer erros cometidos. A negação, a dissimulação, a minimização e o rápido esquecimento fazem parte dos comportamentos que Silva (2001) considerou indesejáveis porque ameaçam a distinção entre o real e o imaginário, o verdadeiro e o falso, o desejado e o concretizado. Segundo a nossa perspectiva, compromete o desenvolvimento e a aprendizagem e, no caso dos cuidados de enfermagem, o bem-estar e a segurança do cliente.

Em resumo, ao longo do período de aprendizagem clínica e nos dois anos em estudo, os erros mais reportados foram os de execução dos cuidados de enfermagem. Os estudantes do 2º ano indicaram mais erros mas os de medicação foram em maior número no 4º ano.

Confirmamos a existência de correlações positivas e estatisticamente significativas entre os vários tipos de erros.

Foram comunicados mais erros na semana 4; a partir da semana 11 há uma diminuição progressiva até ao final da aprendizagem clínica, acautelando o facto do ensino clínico do 2º ano ter terminado na semana 12.

No 2º ano, os erros foram detectados em primeiro lugar pelo próprio estudante e, no 4º ano, ainda que com a diferença de apenas uma indicação, pelo supervisor clínico.

3.2 – Influência de Factores Sócio-demográficos, Escolares, Disposicionais, de Desenvolvimento e de Auto-percepção de Competências dos Estudantes de Enfermagem na Ocorrência de Erros durante a Aprendizagem Clínica

Neste subcapítulo apresentamos os dados relativos aos factores sócio-demográficos, escolares, disposicionais, de desenvolvimento e de auto-percepção de competências dos estudantes de enfermagem, com a estatística descritiva de cada factor, seguida dos resultados de estatística inferencial, quando houver significância estatística, e ilustração com dados qualitativos, se pertinente.

Atendendo ao elevado número de resultados que confirmam as hipóteses em estudo, numa tentativa de apresentar um texto mais claro, optámos por apresentar apenas as que possuem significância estatística. Para a selecção dos testes de estatística inferencial tivemos em conta critérios de utilização de testes paramétricos, nomeadamente, a

normalidade da distribuição e a natureza dos dados em escala ordinal. Consequentemente, utilizámos alternativas não paramétricas, nomeadamente, os testes Mann Whitney (Quadro 3.5) e Kruskal Wallis e o coeficiente de correlação de Spearman.

Quadro 3.5 - Comparação entre os erros cometidos tendo em conta os factores sócio-demográficos, e escolares (teste Mann Whitney)

| Variáveis | Z | Probabilidade de erro |
|--|---------|-----------------------|
| | | NC 95% |
| Total de erros de Avaliação dos Cuidados de Enfermagem/Género | - 2.276 | .023 |
| Total de erros de Competências Transversais/Género | - 2.095 | .036 |
| Total de erros de Planeamento de Cuidados/Trabalhador estudante | - 2.561 | .010 |
| Total de erros de Execução dos Cuidados/Unidade curricular em atraso | - 2.835 | .005 |
| Total de Erros/Unidade curricular em atraso | - 2.757 | .006 |
| Total de erros de Execução dos Cuidados/Ano que frequenta | - 2.507 | .012 |
| Total de erros de Avaliação dos Cuidados de Enfermagem/Ano que frequenta | - 2.187 | .029 |
| Total de Erros/Ano que frequenta | -2.345 | .019 |

Nota: NC = Nível de Confiança

3.2.1 – Factores sócio-demográficos.

3.2.1.1 – Género.

Na generalidade, o género feminino cometeu mais erros que o masculino, ainda que os de medicação registem uma média mais elevada nos estudantes do que nas estudantes (Quadro 3.6).

Quadro 3.6 – Erros dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica segundo o género

| Variáveis | Masculino | | | Feminino | | |
|---|-----------|-------|-------|----------|-------|-------|
| | n | M | DP | n | M | DP |
| Erros na identificação de necessidades | 7 | 2.14 | 1.35 | 44 | 3.55 | 2.80 |
| Erros no planeamento de cuidados | 2 | 1.50 | .71 | 24 | 1.50 | .78 |
| Erros na execução dos cuidados de enfermagem | 13 | 11.08 | 9.02 | 63 | 12.76 | 9.14 |
| Erros na avaliação dos cuidados de enfermagem | 6 | 1.33 | .82 | 31 | 3.71 | 3.81 |
| Erros nas competências transversais | 7 | 2.14 | .90 | 43 | 4.21 | 2.87 |
| Erros de medicação | 3 | 5.33 | 4.04 | 19 | 3.26 | 4.04 |
| Total de erros | 16 | 11.69 | 11.48 | 70 | 18.46 | 16.07 |

H0 – Não existe relação entre os **erros na avaliação dos cuidados de enfermagem** e o **género** dos estudantes de enfermagem.

H1 – Existe relação entre os **erros na avaliação dos cuidados de enfermagem** e o **género** dos estudantes de enfermagem.

Através do Quadro 3.5, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas ($Z = -2.276$; $p = .023$) entre os erros na avaliação dos cuidados de enfermagem consoante o **género dos estudantes**. De acordo com o Quadro 3.6, constatamos que foi o género feminino que apontou mais erros. Esta categoria foi pouco referida nas entrevistas pois apenas três participantes, sendo um do sexo masculino, lhe fizeram referência.

H0 – Não existe relação entre os **erros nas competências transversais** e o **género** dos estudantes de enfermagem.

H1 – Existe relação entre os **erros nas competências transversais** e o **género** dos estudantes de enfermagem.

Recorrendo ao Quadro 3.5, observamos diferença estatisticamente significativa ($Z = -2.095$; $p = .036$) entre os estudantes do **género** feminino e os do masculino relativamente aos erros cometidos nas competências transversais. Consoante o Quadro 3.6, foi novamente o género feminino que reportou mais destes erros. Dos oito estudantes que, nas entrevistas se lhes referiram, metade era do sexo masculino.

Não encontrámos estudos com referência a erros na avaliação dos cuidados de enfermagem por estudantes, mas existia sobre erros respeitantes a diferenças de desempenho segundo o género. Brady e Sherrod (2003), de acordo com reflexões de estudantes sobre os desafios colocados aos do género masculino, referem-se à dificuldade que estes sentem porque raciocinam de modo diferente do pensamento dominante, que é o feminino. Stott (2004) também reconheceu que os estudantes do género masculino tendem a ficar isolados na aprendizagem clínica e que existem estereótipos que podem influenciar o seu resultado.

Um estudo de Wood (2004) procurou compreender junto de enfermeiros as suas experiências de quando eram estudantes. Foi referido que tinham que se esforçar mais que as colegas, se sentiam sozinhos entre mulheres e eram tidos como um recurso devido à força física. Por outro lado, na investigação de Arvidsson, Balgi e Skärsäter (2008), reconheceu-se que os estudantes do género masculino têm formas diferentes de entender e viver o processo de ensino/aprendizagem, verificando-se, relativamente ao género feminino, diferenças significativas em todas as dimensões da reação à supervisão, nomeadamente na receptividade e opinião sobre a supervisão e o supervisor.

Também se verificou que se centram mais na tecnologia e se orientam para as tarefas psicomotoras com menos capacidades de comunicação que as colegas. Outra investigação, que pretendeu conhecer a percepção dos docentes relativamente aos estudantes de enfermagem do género masculino, concluiu que estes se orientam mais para os cuidados técnicos, conseguem mais empatia dos docentes do mesmo género, são vistos de modo diferente dos do género feminino, necessitam de se esforçar mais para demonstrar as suas capacidades na prestação de cuidados e têm menos contacto físico com os clientes (Grady, Stewardson & Hall, 2008). Ainda, um estudo de Wan et al. (2012), concluiu que os estudantes do género masculino têm mais dificuldades linguísticas que os do género feminino.

3.2.1.2 – Idade.

Atendendo à amplitude de idades dos participantes (21 anos), sendo o mínimo 19 anos e o máximo 40 anos, com a mediana nos 21 anos, optámos por recodificar a variável em três escalões etários; o primeiro inclui os estudantes com idade igual ou inferior a 21 anos, o segundo, os que têm entre 22 e 29 anos e o terceiro aqueles com 30 ou mais anos.

Pelo observado no Quadro 3.7, o total de erros em aprendizagem clínica registou média mais elevada no escalão etário de 21 anos ou menos, enquanto a mais baixa se verificou nos estudantes com 30 ou mais anos. Nos erros de identificação de necessidades, de execução dos cuidados de enfermagem e de medicação, o padrão seguiu a mesma tendência. A média mais elevada nos erros de planeamento de cuidados foi verificada nos estudantes com idades compreendidas entre os 22 e os 29 anos. Nas competências transversais a média mais elevada registou-se entre os estudantes mais novos e a mais baixa nos dos 22 a 29 anos. Os erros na avaliação dos cuidados de enfermagem demonstram média mais elevada nos participantes mais velhos, enquanto a média mais baixa se verificou também nos estudantes com idades entre 22 e 29 anos.

Quadro 3.7 – Erros dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica segundo escalões etários

| Variáveis | ≤ 21 anos | | | 22-29 anos | | | ≥ 30 anos | | |
|---|-----------|----------|-----------|------------|----------|-----------|-----------|----------|-----------|
| | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> |
| Erros na identificação de necessidades | 27 | 3.67 | 2.91 | 18 | 3.22 | 2.60 | 5 | 1.80 | 1.30 |
| Erros no planeamento de cuidados | 17 | 1.59 | .78 | 8 | 1.63 | .92 | 1 | 1.00 | . |
| Erros na execução dos cuidados de enfermagem | 41 | 13.07 | 10.61 | 26 | 12.42 | 7.43 | 8 | 9.25 | 5.44 |
| Erros na avaliação dos cuidados de enfermagem | 19 | 3.00 | 3.80 | 15 | 3.47 | 3.31 | 3 | 3.67 | 4.73 |
| Erros nas competências transversais | 25 | 4.52 | 3.06 | 21 | 3.24 | 2.43 | 3 | 4.33 | 2.52 |
| Erros de medicação | 9 | 4.11 | 3.48 | 9 | 3.33 | 2.87 | 3 | 3.00 | 2.65 |
| Total de erros em aprendizagem clínica | 41 | 21.29 | 18.81 | 26 | 20.93 | 13.54 | 8 | 15.00 | 10.50 |

Como é escassa a literatura sobre os erros dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica, não encontrámos substracto para estes resultados, mas um estudo de McMullan, Jones e Lea (2010) demonstrou que os estudantes de enfermagem e os enfermeiros mais velhos, especificamente, com idades iguais ou superiores a 35 anos erravam menos nos cálculos matemáticos de dosagem de fármacos, o que é coerente com os nossos resultados, em que os estudantes com idade igual ou superior a 30 anos apresentaram médias mais baixas nos erros de medicação.

3.2.1.3 – Proveniência.

Os estudantes provenientes da ilha de São Miguel detiveram médias mais elevadas em todas as categorias de erros excepto nos de competências transversais cuja média mais elevada foi nos provenientes do exterior desta ilha (Quadro 3.8).

Quadro 3.8 – Erros dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica segundo a proveniência

| Variáveis | Ilha de São Miguel | | | Exterior da Ilha de São Miguel | | |
|---|--------------------|----------|-----------|--------------------------------|----------|-----------|
| | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> |
| Erros na identificação de necessidades | 31 | 3.55 | 2.99 | 20 | 3.05 | 2.16 |
| Erros no planeamento de cuidados | 17 | 1.65 | .93 | 9 | 1.44 | .53 |
| Erros na execução dos cuidados de enfermagem | 47 | 12.57 | 9.29 | 29 | 12.31 | 8.90 |
| Erros na avaliação dos cuidados de enfermagem | 25 | 3.56 | 3.63 | 12 | 2.83 | 3.64 |
| Erros nas competências transversais | 32 | 3.81 | 3.09 | 18 | 4.11 | 2.17 |
| Erros de medicação | 12 | 4.33 | 3.23 | 10 | 2.60 | 2.41 |
| Total de erros | 47 | 21.11 | 17.36 | 29 | 19.48 | 14.48 |

Dos resultados obtidos, questionamos se a deslocação dos estudantes e a sua necessidade de adaptação (Jeffreys, 2004) levará a que tenham dificuldade em algumas capacidades incluídas nas competências transversais e assim errem mais nas mesmas.

3.2.1.4 – Residência.

De acordo com o Quadro 3.9, a média mais elevada do total de erros em aprendizagem clínica correspondeu aos estudantes residentes nos outros concelhos da ilha de São Miguel. Os erros na identificação de necessidades, na execução dos cuidados de enfermagem e nas competências transversais tiveram médias superiores nos estudantes residentes na cidade de Ponta Delgada, os de planeamento de cuidados nos participantes que residiam na periferia, enquanto as médias dos erros na avaliação dos cuidados de enfermagem e dos erros de medicação foram mais elevadas nos residentes noutros concelhos.

Quadro 3.9 – Erros dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica segundo a residência

| Variáveis | Ponta Delgada | | | Periferia de Ponta Delgada | | | Outros concelhos | | |
|---|---------------|----------|-----------|----------------------------|----------|-----------|------------------|----------|-----------|
| | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> |
| Erros na identificação de necessidades | 25 | 3.60 | 2.93 | 10 | 3.40 | 2.41 | 16 | 2.94 | 2.54 |
| Erros no planeamento de cuidados | 12 | 1.50 | .90 | 8 | 1.75 | .89 | 6 | 1.50 | .55 |
| Erros na execução dos cuidados de enfermagem | 37 | 12.59 | 10.73 | 18 | 11.44 | 7.06 | 21 | 13.14 | 7.65 |
| Erros na avaliação dos cuidados de enfermagem | 20 | 2.90 | 3.67 | 9 | 3.56 | 2.97 | 11 | 3.29 | 4.32 |
| Erros nas competências transversais | 22 | 4.40 | 2.50 | 11 | 3.91 | 4.28 | 17 | 3.29 | 1.79 |
| Erros de medicação | 9 | 3.44 | 2.92 | 7 | 3.57 | 2.99 | 6 | 3.67 | 3.50 |
| Total de erros em aprendizagem clínica | 37 | 20.54 | 18.90 | 18 | 19.67 | 14.78 | 21 | 21.10 | 12.64 |

Pensamos que a residência pode ser, de algum modo, um factor dificultador para os estudantes que têm que se deslocar mais do que aqueles que residem em Ponta Delgada ou na sua periferia. Isto pode explicar os resultados para o total dos erros em aprendizagem clínica e os erros de medicação ainda que, seguindo esta lógica, seja inesperado que os estudantes de Ponta Delgada se apresentem como os que erraram

mais em categorias que exigem disponibilidade como as relativas à execução dos cuidados de enfermagem e às competências transversais.

3.2.1.5 – Estado civil.

O total de erros em aprendizagem clínica deteve média mais elevada nos estudantes solteiros e depois nos casados/união de facto, ainda que fosse o único estudante viúvo que apresentou a média mais elevada. O mesmo sucedeu nos erros de execução dos cuidados de enfermagem, de avaliação dos cuidados de enfermagem e de medicação. Na identificação de necessidades e no planeamento de cuidados a média mais elevada verificou-se nos estudantes solteiros. Os estudantes casados detiveram a média mais elevada de erros nas competências transversais.

Existia um único estudante divorciado que reportou erros somente em duas categorias, na identificação de necessidades e na execução dos cuidados de enfermagem.

Quadro 3.10 – Erros dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica segundo o estado civil

| Variáveis | Solteiro | | | Casado/União de facto | | | Divorciado | | | Viúvo | | |
|---|----------|----------|-----------|-----------------------|----------|-----------|------------|----------|-----------|----------|----------|-----------|
| | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> |
| Erros na identificação de necessidades | 45 | 3.42 | 2.76 | 4 | 3.75 | 2.06 | 1 | 1.00 | . | 1 | 1.00 | . |
| Erros no planeamento de cuidados | 23 | 1.52 | .79 | 2 | 2.50 | .71 | | | | 1 | 1.00 | . |
| Erros na execução dos cuidados de enfermagem | 66 | 12.83 | 9.40 | 8 | 9.88 | 7.10 | 1 | 7.00 | 7.00 | 1 | 15.00 | 15.00 |
| Erros na avaliação dos cuidados de enfermagem | 33 | 3.27 | 3.58 | 3 | 1.67 | 1.15 | | | | 1 | 10.00 | . |
| Erros nas competências transversais | 44 | 3.95 | 2.80 | 5 | 4.00 | 3.00 | | | | 1 | 2.00 | . |
| Erros de medicação | 19 | 3.63 | 3.06 | 2 | 1.50 | .71 | | | | 1 | 6.00 | . |
| Total de erros em aprendizagem clínica | 66 | 21.02 | 16.80 | 8 | 15.87 | 11.31 | | | | 1 | 35.00 | . |

Estes resultados, de modo geral, contrariam o que esperávamos com base em Jeffreys (2004) que refere que os estudantes de enfermagem com responsabilidades familiares têm mais dificuldades e maior risco de insucesso durante o curso devido à conciliação dos diferentes papéis, pois foram os solteiros que sobressaíram.

3.2.1.6 – Existência de filhos.

Pelo exposto no Quadro 3.11, verificamos que os estudantes que tinham filhos apresentaram médias mais elevadas em todas as categorias de erros excepto nos erros de medicação.

Quadro 3.11 – Erros dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica segundo a existência de filhos

| Variáveis | Sim | | | Não | | |
|---|----------|----------|-----------|----------|----------|-----------|
| | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> |
| Erros na identificação de necessidades | 4 | 3.50 | 2.33 | 47 | 3.34 | 2.76 |
| Erros no planeamento de cuidados | 3 | 2.33 | 1.15 | 23 | 1.48 | .73 |
| Erros na execução dos cuidados de enfermagem | 9 | 12.89 | 7.32 | 67 | 12.42 | 9.34 |
| Erros na avaliação dos cuidados de enfermagem | 6 | 3.83 | 3.54 | 31 | 3.23 | 3.66 |
| Erros nas competências transversais | 7 | 4.14 | 2.54 | 43 | 3.88 | 2.84 |
| Erros de medicação | 5 | 3.20 | 2.59 | 17 | 3.65 | 3.12 |
| Total de erros | 9 | 22.78 | 12.15 | 67 | 20.18 | 16.77 |

Este factor é coerente com as constatações de Jeffreys (2004) e de Gibbons et al. (2007) quanto às dificuldades que o estudante de enfermagem que tem filhos ou dependentes enfrenta durante a formação. É possível que o facto de ter filhos e de eventualmente terem alguma experiência de lhes administrar medicação, influencie a menor ocorrência destes erros.

3.2.1.7 – Coabitabilidade.

Relativamente ao total de erros em aprendizagem clínica, a média mais elevada foi dos estudantes que viviam com amigos, seguindo-se os que viviam com os pais, em outra situação²⁹, com companheiro/a e com a média mais baixa, os que viviam sós. Os estudantes que coabitavam com amigos apresentam as médias mais elevadas nos erros na identificação de cuidados, na execução dos cuidados de enfermagem e nos erros de medicação. Os que viviam com companheiro/a registaram a média mais elevada de erros no planeamento de cuidados, enquanto os que coabitavam em outra situação detiveram as médias mais elevadas nos erros na avaliação dos cuidados de enfermagem e nos erros nas competências transversais. É de salientar que aos estudantes que viviam sós corresponderam as médias mais baixas em todas as categorias de erros excepto nos relativos às competências transversais em que ocuparam o segundo lugar.

²⁹ Considerámos “outra situação” os estudantes que indicaram que a sua situação de coabitabilidade não é só, com pais, com companheiro/a ou com amigos.

Uma vez mais não encontramos enquadramento teórico para estes resultados mas, ainda que especulativamente, pode estar subjacente as dificuldades acrescidas pelas responsabilidades e obrigações familiares ou com quem se coabita, enquanto quem vive sozinho tende a estar mais disponível ainda que, nas competências transversais, que incidem em capacidades e competências de interacção possam estar em desvantagem.

3.2.1.8 – Dependência financeira.

Pelo exposto no Quadro W1 constatamos que os estudantes que dependiam financeiramente de trabalho em tempo parcial apresentaram as médias mais elevadas em todas as categorias de erros excepto nos de avaliação dos cuidados de enfermagem que foram mais evidentes nos de outra situação de dependência financeira, e nos erros de medicação que não foram indicados por estudantes que trabalhem, sendo a média mais elevada destes erros detida pelos que dependem de bolsa de estudos.

Consideramos que estes resultados exigem a reflexão de que, possuindo os estudantes de enfermagem mais horas de trabalho e menos tempo livre do que os de outros cursos superiores (Gibbons et al., 2007), devem evitar uma actividade laboral a tempo inteiro sob risco de insucesso no curso de enfermagem (Martin, 2008). Nesta investigação, as médias de erros detidas pelos estudantes que trabalhavam, apontaram para este risco, ainda que o trabalho seja a tempo parcial e não saibamos a quantas horas semanais corresponde.

3.2.1.9 – Grupo profissional do pai.

A média mais elevada do total de erros em aprendizagem clínica registou-se entre estudantes cujo pai já tinha falecido enquanto a mais baixa correspondeu aos que o pai pertencia ao “Grupo 3 – Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio”.

A média mais elevada em cada categoria dos erros foi a seguinte: na identificação de necessidades, nos estudantes cujo pai era do “Grupo 2 – Especialistas de Profissões Intelectuais e Científicas”; no planeamento de cuidados, os filhos de pais do Grupo 8 - “Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem”; nos de

execução dos cuidados de enfermagem, os estudantes cujos pais tinham falecido; nos de avaliação dos cuidados de enfermagem, os de pais falecidos; nos de competências transversais, os do “Grupo 2 – Especialistas de Profissões Intelectuais e Científicas”; nos erros de medicação, também os filhos de pais falecidos.

Não encontramos um padrão nestes resultados nem fundamentos teóricos para os mesmos.

3.2.1.10 – Grupo profissional da mãe.

No que se refere ao grupo profissional da mãe, a média mais elevada do total de erros em aprendizagem clínica correspondeu ao “Grupo 2 – Especialistas de Profissões Intelectuais e Científicas”. Relativamente aos detentores de médias mais elevadas nas outras categorias de erros, constatamos o seguinte: na identificação de necessidades, os estudantes cujas mães eram do “Grupo 9 – Trabalhadores Não Qualificados”; planeamento de cuidados, também nos das mães do grupo 9; na execução dos cuidados de enfermagem, os participantes que as mães pertenciam ao “Grupo 4 – Pessoal Administrativo e Similares”; na avaliação dos cuidados de enfermagem, estudantes cujas mães pertenciam ao “Grupo 3 – Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio”; nas competências transversais, os filhos de reformadas; nos de medicação, os estudantes cujas mães se incluíam no “Grupo 2 – Especialistas das Profissões intelectuais e científicas”.

À semelhança do grupo profissional dos pais, estes dados não possuem um substrato teórico nem um padrão.

3.2.1.11 – Escolaridade do pai.

De acordo com o Quadro W2, verificamos que, no que se refere ao total de erros em aprendizagem clínica a média mais elevada foi registada nos estudantes cujo pai era detentor de curso médio, enquanto a média mais baixa foi daqueles que o pai detinha licenciatura. Quanto às categorias dos erros cometidos, as médias mais elevadas distribuíram-se do seguinte modo: identificação de necessidades, pai com curso médio;

planeamento de cuidados, pai com ensino secundário; execução dos cuidados de enfermagem, pai detentor de curso médio; avaliação dos cuidados de enfermagem, pai com 2º ciclo do ensino básico; competências transversais, pai detentor de ensino secundário; medicação, pai com 2º ciclo do ensino básico.

Pelo exposto, concluímos que não há um padrão nos estudantes com médias mais elevadas nem com médias mais baixas nas diferentes categorias de erros em aprendizagem clínica consoante a escolaridade do pai.

3.2.1.12 – Escolaridade da mãe.

O Quadro W3 apresenta os resultados dos erros dos estudantes de acordo com a escolaridade da mãe. No total de erros em aprendizagem clínica, a médias mais elevada foi a dos participantes cujas mães são detentoras do ensino secundário. Relativamente às categorias dos erros em estudo, as médias mais elevadas foram as seguintes: identificação de necessidades, no caso de mães com o 3º ciclo do ensino básico; planeamento de cuidados, nos filhos de mulheres com o 1º ciclo do ensino básico; execução dos cuidados de enfermagem, mães com ensino secundário; avaliação dos cuidados de enfermagem, participantes cujas mães detinham ensino secundário; competências transversais, mães com o 3º ciclo do ensino básico; medicação, mães detentoras de curso médio.

Tal como na escolaridade do pai não descobrimos um padrão nas médias de erros dos estudantes consoante a escolaridade da mãe.

3.2.2 – Factores escolares.

3.2.2.1 – Estatuto de estudante trabalhador.

Os participantes com estatuto de trabalhador estudante apresentaram médias mais elevadas em todas as categorias de erros, excepto nos de avaliação de cuidados de enfermagem e nos de medicação, sendo que, nesta categoria, não houve referências (Quadro 3.12).

Quadro 3.12 – Erros dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica segundo o estatuto de estudante trabalhador

| Variáveis | Sim | | | Não | | |
|---|----------|----------|-----------|----------|----------|-----------|
| | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> |
| Erros na identificação de necessidades | 4 | 5.00 | 5.48 | 47 | 3.21 | 2.37 |
| Erros no planeamento de cuidados | 2 | 3.50 | .71 | 24 | 1.42 | .58 |
| Erros na execução dos cuidados de enfermagem | 4 | 17.00 | 11.52 | 72 | 12.22 | 8.97 |
| Erros na avaliação dos cuidados de enfermagem | 3 | 1.67 | 1.15 | 34 | 3.47 | 3.71 |
| Erros nas competências transversais | 2 | 5.00 | 5.66 | 48 | 3.88 | 2.70 |
| Erros de medicação | | | | 22 | 3.55 | 2.96 |
| Total de erros | 4 | 27.50 | 23.98 | 72 | 20.10 | 15.86 |

H0 – Não há relação entre os **erros no planeamento dos cuidados** e a circunstância de **ser trabalhador estudante**.

H1 – Há relação entre os **erros no planeamento dos cuidados** e a circunstância de **ser trabalhador estudante**.

Como representado no Quadro 3.5, existe uma diferença significativa ($Z = -2.561$; $p = .010$) entre os **erros de planeamento de cuidados** e a circunstância de **ser trabalhador estudante** e, de acordo com o Quadro 3.12, constatamos que estes participantes cometeram mais este tipo de erros do que os que detinham um estatuto normal.

Apenas um estudante trabalhador participou nas entrevistas e contou-nos o seguinte sobre um erro de planeamento de cuidados na definição de diagnósticos de enfermagem de acordo com as necessidades do cliente nas suas diferentes dimensões, Estabelecimento de prioridades:

“(...) tinha as mãos ainda molhadas do Sterilium não conseguia calçar as luvas nem consegui estancar a hemorragia tudo porque não prestei atenção ao cliente naqueles segundos vitais. Para mim isso foi o meu pior erro durante o estágio.” E2-19: L28-31

Uma actividade laboral a tempo inteiro durante o curso de enfermagem pode constituir demasiado trabalho (Martin, 2008). A sobrecarga de actividades está descrita nos efeitos sobre a prestação de cuidados como aumentando o risco de erros (Garrett, Manuel & Vincent, 1976; Gibbons et al., 2007, 2009; Diz & Gomes, 2008), mesmo quando o trabalho é a tempo parcial. Na ESEnfPD, os estudantes com estatuto de trabalhador usufruem de regulamento próprio³⁰, comum à UAc. Porém, como mais de metade do

³⁰ Regulamento do Regime Especial de Frequência do Trabalhador Estudante.

curso ocorre em ensino clínico, cuja presença é indispensável para a aquisição de competências e alcance dos objectivos, mesmo com as adaptações necessárias, existe sobrecarga de trabalho.

Uma ilustração desta situação foi fornecida por um estudante que, perante o erro cometido, considerou que o que poderia tê-lo evitado era precisamente ter faltado naquele dia à aprendizagem clínica porque trabalhara durante a noite:

“(...) foi ir trabalhar no Sábado, depois de uma directa e não conseguir acompanhar o doente a quem aconteceram algumas complicações. (...). Foi um bocado coincidência estes factores todos: a primeira vez, saí [do trabalho] para ir trabalhar num Sábado, não tinha dormido.” E2-8:L6-8; 36-38

3.2.2.2 – Média das classificações obtidas nas Unidades Curriculares que antecedem a aprendizagem clínica.

Apenas 38 estudantes proporcionaram informação relativa a este factor. Procedemos à recodificação dos dados consoante a ficha de avaliação das unidades curriculares de ensino clínico (Anexo D) em que a Suficiente corresponde uma classificação entre 10 e 13, a Bom, os valores de 14 e 15, a Muito Bom corresponde 16 e 17 e Excelente, a classificação de 18 a 20. Nenhum estudante possuía uma média de classificação correspondente a Excelente. De acordo com o Quadro 3.13, verificamos que, relativamente ao total de erros em aprendizagem clínica, a média mais elevada, portanto, a ocorrência de mais erros, verificou-se nos estudantes com classificação média mais elevada até à aprendizagem clínica em estudo, diminuindo as médias de erros consoante diminuía essa classificação. Existiu um resultado semelhante na execução dos cuidados de enfermagem, na avaliação dos cuidados de enfermagem e nos erros de medicação. Os estudantes com média classificativa mais baixa revelaram uma média de erros mais elevada nas competências transversais.

Quadro 3.13 – Erros dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica segundo a média das classificações obtidas nas Unidades Curriculares que antecedem a aprendizagem clínica

| Variáveis | Suficiente | | | Bom | | | Muito Bom | | |
|---|------------|----------|-----------|----------|----------|-----------|-----------|----------|-----------|
| | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> |
| Erros na identificação de necessidades | 4 | 4.25 | 3.30 | 16 | 3.38 | 2.99 | 3 | 4.00 | 3.46 |
| Erros no planeamento de cuidados | 4 | 1.50 | .58 | 10 | 1.70 | 1.06 | 2 | 1.50 | .71 |
| Erros na execução dos cuidados de enfermagem | 9 | 10.56 | 8.52 | 23 | 13.13 | 7.52 | 4 | 19.75 | 17.63 |
| Erros na avaliação dos cuidados de enfermagem | 2 | 2.50 | 2.12 | 15 | 2.87 | 3.25 | 4 | 5.25 | 7.18 |
| Erros nas competências transversais | 6 | 5.67 | 5.32 | 17 | 4.06 | 5.32 | 3 | 3.67 | 2.08 |
| Erros de medicação | | | | 7 | 2.57 | 2.70 | 3 | 4.33 | 4.16 |
| Total de erros em aprendizagem clínica | 9 | 17.44 | 16.08 | 23 | 21.87 | 13.88 | 4 | 34.75 | 17.46 |

A média mais elevada de erros nas diversas categorias e no total de erros por parte dos estudantes com média de classificação mais elevada é um resultado surpreendente na medida em que não esperávamos que os referidos melhores alunos apresentassem mais erros. Porém, é necessário cautela na análise destes dados tanto por não existir significância estatística como pelos valores dos desvios padrão e, ainda, por se tratar de um estudo de auto-percepções. Simultaneamente, recordamos que a média de classificação foi obtida a partir de todas as unidades curriculares e não apenas as de ensino clínico. Mesmo assim, consideramos que seria interessante aprofundar o estudo das duas variáveis: classificação e ocorrência de erro em aprendizagem clínica.

3.2.2.3 – Existência de unidades curriculares em atraso.

Pelo que apresentamos no Quadro 3.14, constatamos que em todas as categorias de erros e no total de erros em aprendizagem clínica, as médias mais elevadas registaram-se nos estudantes que não possuíam unidades curriculares em atraso.

Quadro 3.14 – Erros dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica segundo a existência de unidades curriculares em atraso

| Variáveis | Sim | | | Não | | |
|---|----------|----------|-----------|----------|----------|-----------|
| | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> |
| Erros na identificação de necessidades | 10 | 2.10 | 1.44 | 41 | 3.66 | 2.83 |
| Erros no planeamento de cuidados | 4 | 1.00 | .00 | 22 | 1.68 | .84 |
| Erros na execução dos cuidados de enfermagem | 17 | 7.24 | 3.51 | 59 | 13.98 | 9.64 |
| Erros na avaliação dos cuidados de enfermagem | 5 | 1.60 | .55 | 32 | 3.59 | 3.80 |
| Erros nas competências transversais | 8 | 3.75 | 2.19 | 42 | 3.95 | 2.90 |
| Erros de medicação | | | | 22 | 3.55 | 2.96 |
| Total de erros em aprendizagem clínica | 17 | 10.94 | 5.73 | 59 | 23.34 | 16.24 |

H0 – Não há relação entre os **erros de execução dos cuidados de enfermagem** e a **existência de UC em atraso**.

H1 – Há relação entre os **erros de execução dos cuidados de enfermagem** e a **existência de UC em atraso**.

Houve diferença estatisticamente significativa entre os **erros de execução dos cuidados de enfermagem** ($Z = -2.757$; $p = .006$) consoante a **existência ou não de unidades curriculares (UC) em atraso**. Os estudantes que não as possuíam registaram uma média mais elevada de erros do que os colegas com UC em atraso. Os resultados da estatística inferencial estão resumidos no Quadro 3.5.

H0 – Não existe relação entre o **número total de erros** e a **existência de UC em atraso**.

H1 – Existe relação entre o **número total de erros** e a **existência de UC em atraso**.

No que se refere ao **total de erros** e a **existência de UC em atraso** ($Z = -2.757$; $p = .006$), foram, novamente, os que não as possuíam que detiveram uma média mais elevada de erros. Os resultados também se encontram no Quadro 3.5 e, em princípio, pode surpreender e são mesmo contrários ao que esperávamos com o pressuposto dos estudantes que repetem serem mais fracos e, eventualmente, terem uma prática mais insegura. A evidência obtida, contudo, ao apontar em sentido contrário, leva-nos, de novo, a reforçar a necessidade de cautela nos juízos emitidos e pensar até que ponto estes estudantes serão mais cuidadosos. Pensamos que este resultado pode trazer implicações para a existência de precedências em unidades curriculares pois, aquando da colheita de dados não existia o regime que entretanto entrou em vigor, ainda que não

tenhamos inquirido se se tratavam de unidades curriculares teóricas ou teórico-práticas que dão precedência aos respectivos ensinamentos clínicos.

3.2.2.4 – *Repetência do ensino clínico em estudo.*

Concernente ao total de erros em aprendizagem clínica, verificamos que os estudantes que não estavam a repetir o ensino clínico apresentaram uma média mais elevada, sucedendo o mesmo nos erros de identificação das necessidades, de planeamento de cuidados e de execução dos cuidados de enfermagem. Pelo contrário, os erros na avaliação de cuidados de enfermagem, nas competências transversais e de medicação, possuíam médias superiores nos estudantes que repetiam o ensino clínico (Quadro 3.15).

Quadro 3.15 – Erros dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica tendo em conta a repetência do ensino clínico em estudo

| Variáveis | Sim | | | Não | | |
|---|----------|----------|-----------|----------|----------|-----------|
| | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> |
| Erros na identificação de necessidades | 5 | 1.60 | .89 | 46 | 3.54 | 2.75 |
| Erros no planeamento de cuidados | 2 | 1.00 | .00 | 24 | 1.63 | .82 |
| Erros na execução dos cuidados de enfermagem | 11 | 8.73 | 6.13 | 65 | 13.11 | 9.38 |
| Erros na avaliação dos cuidados de enfermagem | 4 | 4.25 | 4.03 | 33 | 3.21 | 3.59 |
| Erros nas competências transversais | 3 | 4.67 | 3.06 | 47 | 3.87 | 2.79 |
| Erros de medicação | 2 | 6.00 | .00 | 20 | 3.30 | 2.99 |
| Total de erros em aprendizagem clínica | 11 | 13.55 | 12.86 | 65 | 21.66 | 16.54 |

Não temos bases teóricas para os resultados em apreço, que, porém, nos levam a reflectir na necessidade que alguns estudantes têm de mais tempo para desenvolver as suas competências e conhecimentos. Nos estudantes que repetiam o ensino clínico questionamos até que ponto existiam factores disposicionais e de desenvolvimento subjacentes aos erros nas competências transversais, assim como dificuldades de conhecimentos e de competências relativas à medicação que impliquem uma alteração na abordagem teórica de farmacologia e das práticas laboratoriais inerentes à preparação e administração terapêutica.

3.2.2.5 – Ocorrência de erro em ensino clínico anterior.

Relativamente ao total de erros em aprendizagem clínica e a todas as categorias de erros em estudo, verificamos que a média foi mais elevada nos estudantes que reconheceram a existência de erro em ensino clínico anterior.

Quadro 3.16 – Erros dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica segundo a ocorrência de erro em ensino clínico anterior

| Variáveis | Sim | | | Não | | |
|---|----------|----------|-----------|----------|----------|-----------|
| | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> |
| Erros na identificação de necessidades | 38 | 3.53 | 2.93 | 12 | 3.00 | 1.76 |
| Erros no planeamento de cuidados | 19 | 1.68 | .89 | 6 | 1.33 | .52 |
| Erros na execução dos cuidados de enfermagem | 57 | 13.30 | 10.13 | 17 | 10.18 | 4.16 |
| Erros na avaliação dos cuidados de enfermagem | 28 | 3.68 | 4.06 | 8 | 2.25 | 10.04 |
| Erros nas competências transversais | 37 | 4.00 | 3.00 | 11 | 3.18 | 3.00 |
| Erros de medicação | 18 | 3.78 | 2.98 | 4 | 2.50 | 3.00 |
| Total de erros em aprendizagem clínica | 57 | 21.81 | 18.04 | 17 | 16.47 | 16.45 |

Estes resultados, ainda que sem significância estatística, levam-nos a questionar se estes estudantes aprenderam com os erros anteriormente cometidos. Ainda que os serviços sejam quase sempre diferentes, há a possibilidade de transferência de conhecimentos se existiu aprendizagem.

Por outro lado, pensamos que os dados trazem implicações para supervisão e formas de gerir os erros de modo a potenciar a aprendizagem com os mesmos.

3.2.2.6 - Ano de frequência.

Tal como exposto no Quadro 3.17, a média mais elevada do total de erros em aprendizagem clínica foi no 4º ano, que também deteve médias superiores ao 2º ano nos erros na identificação de necessidades, nos erros na execução dos cuidados de enfermagem e nos erros de medicação. O 2º ano, por sua vez, possuiu médias mais elevadas nos erros de planeamento de cuidados e nos de competências transversais.

Quadro 3.17 – Erros dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica segundo o ano de frequência

| Variáveis | 2º Ano | | | 4º Ano | | |
|---|----------|----------|-----------|----------|----------|-----------|
| | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> |
| Erros na identificação de necessidades | 34 | 3.24 | 2.66 | 17 | 3.59 | 2.79 |
| Erros no planeamento de cuidados | 15 | 1.60 | .83 | 11 | 1.55 | .82 |
| Erros na execução dos cuidados de enfermagem | 50 | 10.40 | 7.25 | 26 | 16.46 | 10.93 |
| Erros na avaliação dos cuidados de enfermagem | 20 | 1.90 | .97 | 17 | 5.00 | 4.74 |
| Erros nas competências transversais | 30 | 4.37 | 3.06 | 20 | 3.25 | 2.20 |
| Erros de medicação | 2 | 1.00 | .00 | 20 | 3.8 | 2.98 |
| Total de erros em aprendizagem clínica | 50 | 16.50 | 12.85 | 26 | 28.15 | 19.37 |

H0 – Não existe relação entre os **erros de execução dos cuidados de enfermagem** e o **ano de frequência**.

H1 – Existe relação entre os **erros de execução dos cuidados de enfermagem** e o **ano de frequência**.

Como verificamos no Quadro 3.17, os estudantes do 4º ano obtiveram uma média de **erros de execução dos cuidados de enfermagem** mais elevada do que os do 2º ano e a diferença é estatisticamente significativa, como indicado no Quadro 3.5 ($Z = -2.507$; $p = .012$).

Os dados qualitativos permitiram-nos verificar que, nos **erros na execução dos cuidados de enfermagem**, existiram os de fundamentação dos procedimentos inerentes à execução dos cuidados de enfermagem.

*“O que me aconteceu foram pequenas falhas de conhecimento (...). Quando ela me fazia alguma pergunta eu ficava em branco (...) falta de conhecimentos (...)”*E4-37: L43-44; 164; 175

Também foram relatados erros de implementação dos procedimentos de acordo com a respectiva norma, como indicado no seguinte exemplo:

*“(...) durante uma algália toquei com a algália fora do campo o que fez que a tivesse de inutilizar, trocar de luvas e utilizar uma nova algália. (...) conspurcar material durante outros procedimentos, como por exemplo realização de pensos. (...). Com uma cliente ao realizar o penso às úlceras de perna que a cliente possuía, peguei numa placa de Inadine com luvas não esterilizadas (...) enxuguei a ferida e descalcei a luva de palhaço, ficando só com a luva de latex e em vez de calçar outra luva de palhaço peguei logo na placa (...).”*E4-31: L9-10; 12-14; 30-31; 33-35; 41-43

De modo semelhante a estes resultados, a falta de conhecimentos esteve na origem de dificuldades e de erros em aprendizagem clínica (Berman, 2006; Mole, Hogg & Benvie,

2007; Koren et al., 2007; Martin, 2008; Simões et al., 2006) uma vez que os estudantes não estavam preparados para novas situações (Berman, 2006).

H0 – Não há relação entre os **erros de avaliação dos cuidados de enfermagem** e o **ano de frequência**.

H1 – Há relação entre os **erros de avaliação dos cuidados de enfermagem** e o **ano de frequência**.

De acordo com o Quadro 3.5, os erros de avaliação dos cuidados de enfermagem são significativamente diferente entre os dois anos ($Z = -2.187$; $p = .029$). Foi no 4º ano que se registaram mais destes erros (Quadro 3.17).

Comparando os dados qualitativos dos estudantes que se incluíram neste parâmetro, constatamos que a elaboração de registos com informação pertinente e útil à continuidade dos cuidados, foi a única subcategoria com erros.

H0 – Não existe relação entre o **total de erros** e o **ano de frequência**.

H1 – Existe relação entre o **total de erros** e o **ano de frequência**.

Pelo Quadro 3.5, atestamos que existe diferença estatisticamente significativa entre o **total de erros** em aprendizagem clínica e o **ano de frequência** ($Z = -2.345$; $p = .019$). Mais uma vez, a média do 4º ano foi superior à do 2º ano (Quadro 3.17).

É de sublinhar que estes resultados se reportam aos dados recolhidos por questionário, nomeadamente com os erros referidos semanalmente pelos participantes. Nas entrevistas as unidades de análise que se referem aos erros dos estudantes do 4º ano são também em maior número.

Consideramos que, por os estudantes no 2º ano serem continuamente supervisionados nas diversas actividades, é possível que haja menos ocorrências de erro do que no 4º ano quando se encontram mais independentes na prestação de cuidados.

3.2.2.7 – Serviço onde decorreu o ensino clínico.

Como apresentamos no Quadro 3.18, as médias de erros cometidos nos diversos serviços diferem. No total de erros em aprendizagem clínica, registou-se a média mais

elevada no serviço H e a mais baixa no serviço C. Nas outras categorias de erros verificamos o seguinte: identificação de necessidades, média mais elevada no serviço H e mais baixa no serviço M; planeamento de cuidados, média mais elevada no serviço A e mais baixa nos serviços J e M; execução dos cuidados de enfermagem, média mais elevada nos serviços A e H e mais baixa no serviço D; avaliação dos cuidados de enfermagem, média mais elevada no serviço H e mais baixa no serviço C; competências transversais, média mais elevada no serviço A e mais baixa no serviço M; medicação, média mais elevada no serviço I e mais baixa nos serviços B, C, D, K e M.

Existiram serviços onde não se registaram determinados tipos de erros: no Serviço B, de planeamento de cuidados, de execução dos cuidados de enfermagem e avaliação dos cuidados de enfermagem; no Serviço C, de planeamento de cuidados e de avaliação dos cuidados de enfermagem; Serviço G, de planeamento de cuidados e de avaliação dos cuidados de enfermagem; no Serviço H, de planeamento de cuidados e de medicação; no Serviço K, de planeamento de cuidados e de avaliação dos cuidados de enfermagem; no Serviço L, de medicação; no Serviço M, de avaliação dos cuidados de enfermagem.

Por motivos éticos não apresentamos a identificação dos serviços e, em consequência, temos de usar parcimónia na discussão destes resultados, recordando, porém, que sempre que possível, devem ser escolhidos os serviços com melhores condições que assegurem simultaneamente a segurança dos clientes e o processo de ensino/aprendizagem.

Quadro 3.18 - Erros dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica segundo o serviço onde decorreu o ensino clínico

| Variáveis | Serviço A | | | Serviço B | | | Serviço C | | | Serviço D | | | Serviço E | | |
|---|-----------|----------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|-----------|
| | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> |
| Erros na identificação de necessidades | 9 | 4.33 | 4.27 | 1 | 3.00 | . | 3 | 1.33 | .58 | 2 | 5.00 | 1.41 | 6 | 2.83 | 1.72 |
| Erros no planeamento de cuidados | 5 | 2.00 | 1.22 | | | | | | | 3 | 1.33 | .58 | 7 | 1.86 | .90 |
| Erros na execução dos cuidados de enfermagem | 11 | 17.00 | 10.17 | 4 | 12.00 | 10.07 | 5 | 7.40 | 4.45 | 6 | 6.00 | 2.61 | 13 | 12.62 | 8.20 |
| Erros na avaliação dos cuidados de enfermagem | 8 | 2.38 | 1.06 | | | | 3 | 1.33 | .58 | 2 | 2.00 | 1.41 | 9 | 5.00 | 4.39 |
| Erros nas competências transversais | 11 | 5.91 | 3.96 | 2 | 5.00 | 2.82 | 1 | 4.0 | . | 4 | 1.75 | .96 | 10 | 3.00 | 2.16 |
| Erros de medicação | 3 | 5.00 | 3.61 | 1 | 1.00 | . | 1 | 1.0 | 1.00 | 1 | 1.00 | . | 7 | 3.43 | 2.76 |
| Total de erros em aprendizagem clínica | 11 | 30.45 | 17.04 | 4 | 15.50 | 14.48 | 5 | 10.40 | 7.33 | 6 | 10.33 | 7.50 | 13 | 22.54 | 15.30 |

Quadro 3.18 A - Erros dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica segundo o serviço onde decorreu o ensino clínico

| Variáveis | Serviço F | | | Serviço G | | | Serviço H | | | Serviço I | | | Serviço J | | |
|---|-----------|----------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|-----------|
| | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> |
| Erros na identificação de necessidades | 6 | 3.33 | 1.97 | 1 | 5.00 | . | 1 | 10.00 | . | 6 | 2.83 | 2.79 | 7 | 3.00 | 2.45 |
| Erros no planeamento de cuidados | 2 | 1.50 | .71 | | | | | | | 3 | 1.33 | .58 | 2 | 1.00 | .00 |
| Erros na execução dos cuidados de enfermagem | 7 | 11.43 | 4.43 | 1 | 15.00 | . | 1 | 17.00 | . | 8 | 14.75 | 16.92 | 9 | 13.67 | 10.16 |
| Erros na avaliação dos cuidados de enfermagem | 2 | 1.50 | .71 | | | | 1 | 6.00 | . | 4 | 4.75 | 7.50 | 3 | 4.67 | 4.62 |
| Erros nas competências transversais | 4 | 4.75 | 1.71 | 1 | 2.00 | . | 1 | 3.00 | . | 4 | 3.25 | 1.89 | 4 | 3.75 | 3.77 |
| Erros de medicação | | | | 1 | 2.00 | . | | | . | 2 | 9.00 | .00 | 3 | 3.67 | 2.31 |
| Total de erros em aprendizagem clínica | 7 | 17.86 | 9.04 | 1 | 24.00 | . | 1 | 36.00 | . | 8 | 23.63 | 29.79 | 9 | 20.67 | 18.55 |

Quadro 3.18 B - Erros dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica segundo o serviço onde decorreu o ensino clínico

| Variáveis | Serviço K | | | Serviço L | | | Serviço M | | |
|---|-----------|----------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|-----------|
| | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> |
| Erros na identificação de necessidades | 1 | 1.00 | . | 6 | 3.33 | 1.63 | 1 | 3.00 | . |
| Erros no planeamento de cuidados | | | | 3 | 1.33 | .58 | 1 | 1.00 | . |
| Erros na execução dos cuidados de enfermagem | 1 | 13.00 | . | 7 | 12.71 | 4.99 | 2 | 7.00 | 7.07 |
| Erros na avaliação dos cuidados de enfermagem | | | | 5 | 1.80 | .84 | | | |
| Erros nas competências transversais | 1 | 3 | . | 6 | 3.83 | 1.94 | 1 | 2.00 | . |
| Erros de medicação | 1 | 1.00 | . | | | | 2 | 1.00 | .00 |
| Total de erros em aprendizagem clínica | 1 | 18.00 | . | 7 | 20.71 | 6.68 | 2 | 11.00 | 11.31 |

3.2.2.8 – Classificação final obtida no ensino clínico.

Recodificámos a classificação final do ensino clínico em estudo de acordo com os mesmos critérios descritos para o factor “Média das classificações obtidas nas actividades curriculares que antecedem o ensino clínico” no subcapítulo 3.2.2.2, incluindo aqui a categoria “Reprovado”. Os resultados (Quadro 3.19) indicam que no total de erros em aprendizagem clínica a média mais elevada foi a dos estudantes classificados com Muito Bom e a mais baixa a dos que reprovaram. Os erros na identificação de necessidades apresentaram a média mais elevada nos estudantes classificados com Suficiente e a mais baixa naqueles com Bom. Relativamente aos erros no planeamento de cuidados, foi registada a média superior nos participantes cujo ensino clínico foi avaliado com Excelente e a inferior nos que reprovaram. Os erros na execução dos cuidados de enfermagem detiveram a média mais elevada nos estudantes com Muito Bom e a mais baixa nos que reprovaram. Quanto aos erros na avaliação dos cuidados de enfermagem, os estudantes classificados com Muito Bom apresentaram a média mais elevada e os classificados com Excelente a mais baixa. Nos erros nas competências transversais a média superior correspondeu à dos estudantes que reprovaram e a inferior à dos estudantes com classificação Excelente. Finalmente, nos erros de medicação verificou-se a média mais elevada nos estudantes classificados com Bom e a mais baixa nos classificados com Excelente.

De acordo com estes resultados, constatamos que os estudantes que reprovaram apresentaram médias mais baixas de erros em duas categorias, nomeadamente, de planeamento de cuidados e de execução dos cuidados de enfermagem, além do total de erros em aprendizagem clínica. Por outro lado, os estudantes com a classificação mais elevada detiveram médias mais baixas em três categorias de erros, especificamente, na avaliação dos cuidados de enfermagem, nas competências transversais e na medicação.

Estas evidências, numa primeira abordagem desencadeiam alguma surpresa. Porém, se atendermos ao referido por Reilly e Obermann (1999), existem vários factores para os resultados da classificação, o que está fora do âmbito deste estudo mas têm a ver, entre outros aspectos, com o contexto, as crenças, os valores e as práticas do supervisor e as características dos estudantes. Porém, a reprovação vai além da diferença de valores e, nos casos dos estudantes que reprovaram, a menor evidência numérica de erros pode dever-se a que, apresentando uma prática insegura, os supervisores se antecipassem nas

actividades e evitassem a ocorrência de erros. Ainda segundo Reilley e Obermann (1999), a classificação da aprendizagem clínica tende a ser pouco exacta e pouco abrangente, ou seja, quem classifica fá-lo com base em determinadas características que valoriza mais.

Por outro lado, estes resultados contrariam de algum modo o afirmado por Carvalho (2005), isto é, que os estudantes são avaliados pelos erros que cometem. Desta forma, os erros não aparentaram uma ligação com a classificação o que levanta algumas suposições quanto aos motivos: os estudantes demonstraram aprender com os erros cometidos e isso foi valorizado? Os estudantes têm percepções dos erros cometidos diferentes de quem os classifica? Seria pertinente responder a estas perguntas em investigações futuras. Atendendo, também, a que a aprendizagem clínica em estudo decorreu em diferentes serviços, com múltiplos supervisores clínicos e pedagógicos, é importante que a supervisão e a classificação sigam critérios e procedimentos normalizados.

Quadro 3.19 - Erros dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica segundo a classificação obtida no ensino clínico

| Variáveis | Suficiente | | | Bom | | | Muito Bom | | | Excelente | | | Reprovado | | |
|---|------------|----------|-----------|----------|----------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|-----------|
| | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>n</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> |
| Erros na identificação de necessidades | 8 | 5.00 | 3.93 | 20 | 2.80 | 2.53 | 15 | 3.07 | 2.12 | 3 | 3.67 | 1.53 | 5 | 3.60 | 2,89 |
| Erros no planeamento de cuidados | 7 | 1.71 | 1.11 | 6 | 1.50 | .55 | 8 | 1.50 | .76 | 2 | 2.50 | .71 | 3 | 1.00 | .00 |
| Erros na execução dos cuidados de enfermagem | 15 | 13.07 | 10.36 | 27 | 11.48 | 7.23 | 23 | 13.70 | 10.69 | 4 | 13.25 | 4.65 | 7 | 10.57 | 10.45 |
| Erros na avaliação dos cuidados de enfermagem | 8 | 2.12 | 1.13 | 12 | 2.92 | 2.71 | 9 | 6.44 | 5.57 | 3 | 1.33 | .58 | 5 | 1.80 | .84 |
| Erros nas competências transversais | 12 | 4.50 | 3.09 | 18 | 3.83 | 3.20 | 13 | 3.85 | 1.99 | 4 | 2.00 | .82 | 3 | 5.00 | 3.61 |
| Erros de medicação | 2 | 6.00 | .00 | 3 | 7.67 | 1.53 | 14 | 2.5 | 2.63 | 2 | 1.50 | .71 | 1 | 5.00 | . |
| Total de erros em aprendizagem clínica | 15 | 22.07 | 17.78 | 27 | 18.59 | 13.13 | 23 | 22.43 | 19.50 | 4 | 21.00 | 6.06 | 7 | 17.71 | 18.82 |

3.2.3 – Factores de auto-percepção das competências dos estudantes.

3.2.3.1 - *Auto-percepção das competências semanais.*

Semanalmente os participantes comunicaram a percepção das suas competências em aprendizagem clínica com base nas dimensões da ficha de avaliação: identificação das necessidades; planeamento de cuidados; execução dos cuidados de enfermagem; avaliação dos cuidados de enfermagem; competências transversais.

H0 – Existe independência entre os **erros nas competências transversais** e a **auto-percepção de competências no planeamento de cuidados** por parte dos estudantes em aprendizagem clínica.

H1 – Existe associação entre os **erros nas competências transversais** e a **auto-percepção de competências no planeamento de cuidados** por parte dos estudantes em aprendizagem clínica.

De acordo com o Quadro X1, o valor do Coeficiente de Spearman ($\rho = - .308$), associado a uma probabilidade de erro $< .05$ ($p = .030$), permite-nos assumir a H1, portanto, a existência de uma correlação negativa fraca entre os **erros nas competências transversais** e a **auto-percepção de competências no planeamento de cuidados**. Deste modo, ainda que fracamente, os estudantes revelaram que quanto mais perceberam as suas competências de planeamento de cuidados, menos erros de competências transversais reportaram.

H0 – Existe independência entre os **erros nas competências transversais** e a **auto-percepção de competências na execução dos cuidados de enfermagem** por parte dos estudantes em aprendizagem clínica.

H1 – Existe associação entre os **erros nas competências transversais** e a **auto-percepção de competências na execução dos cuidados de enfermagem** por parte dos estudantes em aprendizagem clínica.

O valor do Coeficiente de Spearman ($\rho = - .308$), associado a uma probabilidade de erro $< .05$ ($p = .030$), permite-nos confirmar a H1, ou seja, há uma associação negativa média entre os erros nas competências transversais e a auto-percepção de competências na execução dos cuidados de enfermagem (Quadro X2). Os estudantes que melhor perceberam as competências de execução dos cuidados de enfermagem referiram

menos erros nas competências transversais; portanto, agiram adequadamente no que concerne à independência face aos supervisores, com demonstração de conhecimentos e capacidade para ultrapassar as dificuldades.

H0 – Existe independência entre os **erros de medicação** e a **auto-percepção de competências na execução dos cuidados de enfermagem** por parte dos estudantes em aprendizagem clínica.

H1 – Existe associação entre os **erros de medicação** e **auto-percepção de competências na execução dos cuidados de enfermagem** por parte dos estudantes em aprendizagem clínica.

Conforme o Quadro X2, o valor do Coeficiente de Spearman ($\rho = - .545$), com uma probabilidade de erro $< .05$ ($p = .009$), permite-nos assumir H1, isto é, a existência de uma associação negativa moderada entre os erros de medicação e a auto-percepção de competências na execução dos cuidados de enfermagem. Os erros de medicação, estudados separadamente, incluem uma componente importante de competências de execução e consideramos concordante que quanto melhor os estudantes perceberam estas competências menos erros de medicação tenham cometido.

A média de todas as competências (MT) foi mais elevada na última semana. Houve um aumento da semana 1 à 7, com diminuição na 2 e na 8, mas com tendência de aumento até à semana 15, apesar de serem verificadas quebras nas semanas 10 e 13. Quanto às categorias, a que possuiu médias mais elevadas foi “Competências na Execução dos Cuidados de Enfermagem”, seguindo-se “Competências Transversais” enquanto as médias mais baixas foram em “Competências de Planeamento de Cuidados” (Quadro 3.20)

Quadro 3.20 - Auto-percepção das competências na prestação de cuidados ao longo da aprendizagem clínica

| C | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|----|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| IN | 3.58 | 3.50 | 3.67 | 3.73 | 3.80 | 3.80 | 3.82 | 3.76 | 3.89 | 3.84 | 3.99 | 4.09 | 4.06 | 4.13 | 4.15 |
| PC | 3.41 | 3.11 | 3.49 | 3.61 | 3.44 | 3.46 | 3.61 | 3.53 | 3.55 | 3.61 | 3.64 | 3.76 | 3.73 | 3.86 | 4.07 |
| EC | 3.73 | 3.62 | 3.75 | 3.87 | 3.90 | 3.97 | 3.94 | 3.88 | 4.00 | 3.98 | 4.19 | 4.18 | 4.17 | 4.23 | 4.27 |
| AC | 3.53 | 3.24 | 3.36 | 3.48 | 3.57 | 3.63 | 3.69 | 3.66 | 3.80 | 3.80 | 3.92 | 4.01 | 3.95 | 4.01 | 3.98 |
| CT | 3.71 | 3.70 | 3.80 | 3.91 | 3.87 | 3.94 | 3.95 | 3.86 | 4.00 | 4.00 | 4.04 | 4.12 | 4.13 | 4.15 | 4.19 |
| MT | 3.63 | 3.51 | 3.67 | 3.77 | 3.79 | 3.83 | 3.86 | 3.79 | 3.90 | 3.89 | 4.02 | 4.09 | 4.07 | 4.12 | 4.14 |

Legenda: C – Categorias; IN – Identificação de Necessidades; PC – Planeamento de Cuidados; EC – Execução dos Cuidados de Enfermagem; AC – Avaliação dos Cuidados de Enfermagem; CT – Competências Transversais; MT – Média de Todas as Competências; Semana 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15

O aumento até à 7ª semana é compatível com a ambientação ao serviço, à prestação de cuidados e ao processo ensino/aprendizagem.

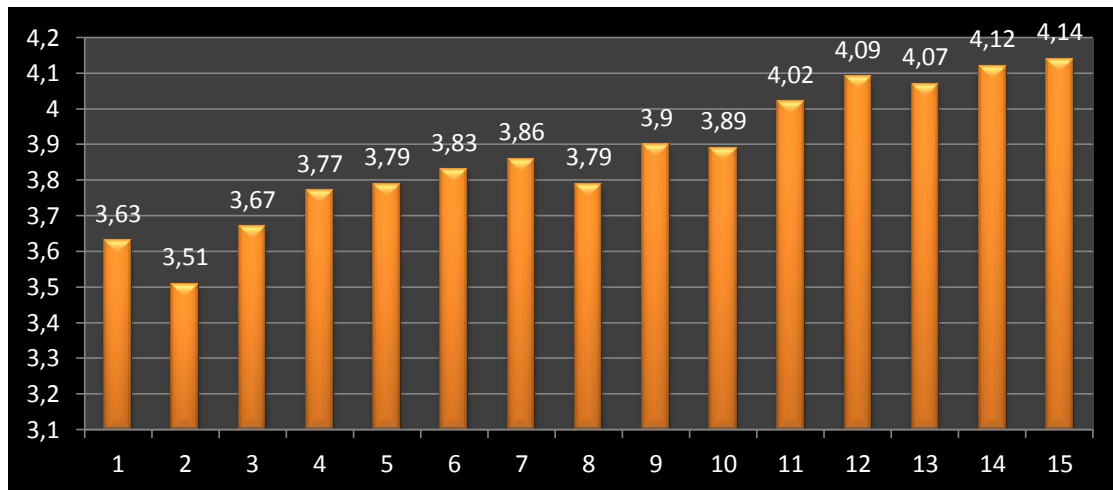


Figura 3.7 Médias da auto-percepção de todas as competências de prestação de cuidados ao longo da aprendizagem clínica

Os estudantes têm de se adaptar a diferentes ambientes clínicos durante o curso, porém, como verificado por Paulino (2007), este processo de ambientação é habitualmente fácil porque, desde o início da formação, os estudantes sabem que desenvolverão a aprendizagem clínica em vários serviços. Após a primeira semana, há uma evolução mais ou menos constante com evidência crescente de motivação e disponibilidade para participar na prestação de cuidados (Carvalho, 2005; Rua, 2011), sobrevivendo a adaptação após cinco ou seis semanas (Ramos & Carvalho, 2007).

A tendência para a diminuição na oitava semana aconteceu em todas as competências bem como na 13, na qual apenas as competências transversais tenderam a aumentar. A última semana, com o nível mais elevado de competências auto-percepcionadas, é compatível com a adaptação referida ainda que as competências na avaliação dos cuidados de enfermagem tenham diminuído, o que, no nosso entendimento, pode suceder por os supervisores estarem menos próximos já que é uma fase em que, geralmente, conferem maior autonomia aos estudantes.

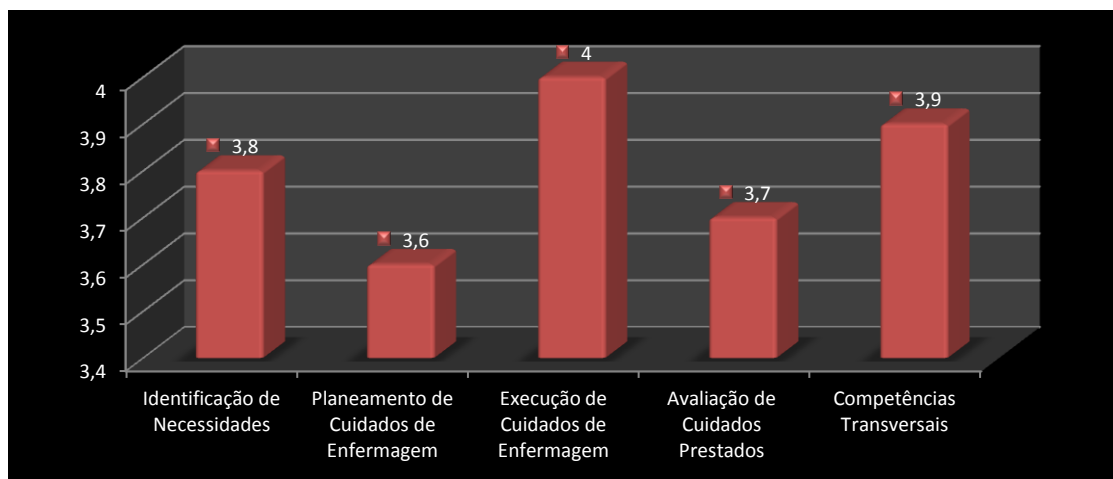


Figura 3.8 – Médias da auto-percepção das competências na prestação de cuidados na aprendizagem clínica

Na auto-percepção das competências, a média mais elevada registou-se na execução dos cuidados de enfermagem e a média mais baixa no planeamento de cuidados (Figura 3.8).

Para conhecer a atribuição de facilidade dos estudantes às suas actividades semanais em aprendizagem clínica, apresentamos na Figura 3.9, a percentagem da percepção de facilidade. A semana que os estudantes consideraram menos fácil foi a primeira e a mais fácil, a décima primeira.

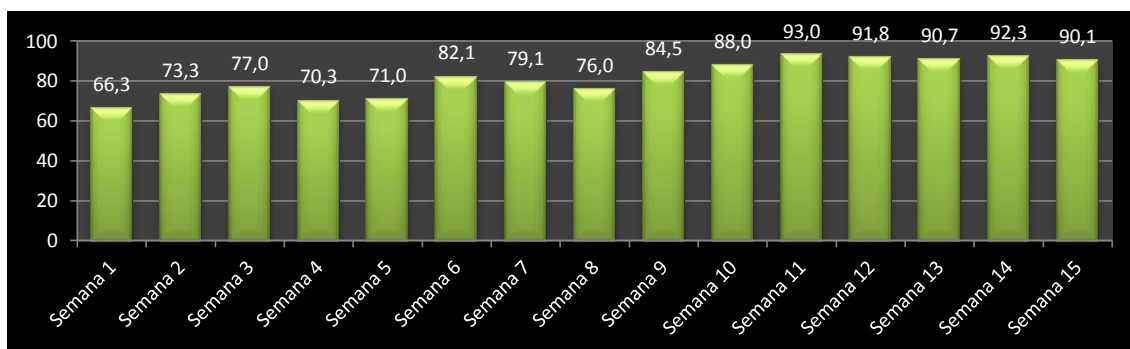


Figura 3.9 – Percentagem de estudantes que autopercepcionaram facilidade de desempenho ao longo da aprendizagem clínica

Comparando esta facilidade com a evolução semanal de erros (Figura 3.10), constatamos que há coerência entre os resultados da auto-percepção da facilidade e os da totalidade de erros pois quando houve aumento da percepção da facilidade, diminuíram os erros.

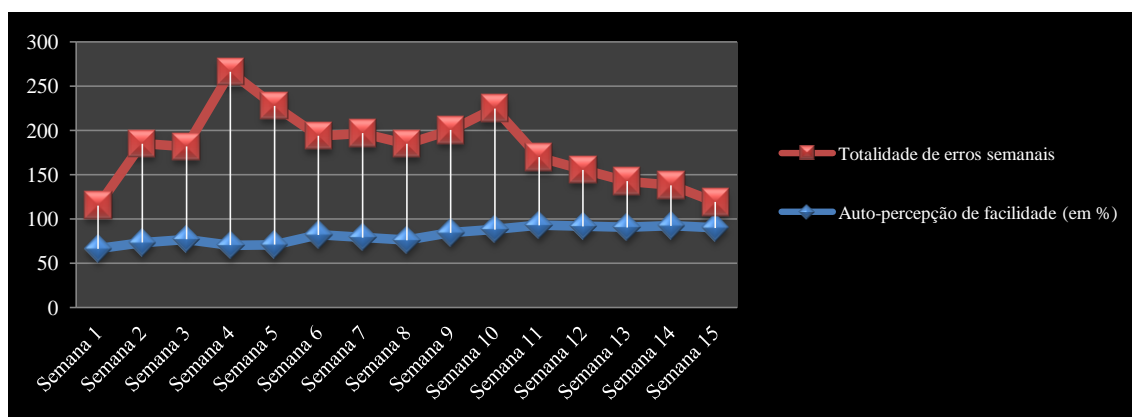


Figura 3.10 - Comparação semanal da auto-percepção de facilidade com a totalidade de erros

3.2.4 – Factores disposicionais.

3.2.4.1 - Percepção de auto-eficácia generalizada.

H0 – Existe independência entre a **percepção de auto-eficácia generalizada** dos estudantes de enfermagem **antes** e **após** a aprendizagem clínica.

H1 – Existe associação entre a **percepção de auto-eficácia generalizada** dos estudantes de enfermagem **antes** e **após** a aprendizagem clínica.

Os resultados obtidos no coeficiente de correlação de Spearman ($\rho = .365$; $p = .001$), Quadro X3, levam-nos a rejeitar a H0, verificando que existe uma associação positiva moderada entre a percepção de auto-eficácia generalizada antes e após a aprendizagem clínica e a entender que esta afectou a percepção de auto-eficácia.

Quadro 3.21 - Auto-eficácia generalizada antes e após a aprendizagem clínica

| | Percepção de Auto-eficácia Generalizada antes da Aprendizagem Clínica | Percepção de Auto-eficácia Generalizada após a Aprendizagem Clínica |
|---------------|---|---|
| N | 86 | 86 |
| Média | 2.97 | 2.98 |
| Mediana | 12.00 | 9.50 |
| Moda | 2.80 | 3.00 |
| Mínimo | 2.20 | 2.20 |
| Máximo | 3.80 | 3.90 |
| Desvio padrão | .31 | .35 |

Ao compararmos estes dados com os representados nas Figuras 3.7 e 3.10, consideramos haver coerência uma vez que os estudantes, ao longo da aprendizagem clínica foram aumentando a sua percepção em todas as competências de prestação de cuidados e considerando o seu desempenho mais fácil à medida que o tempo passava.

Houve aumento estatisticamente significativo da percepção de auto-eficácia após a aprendizagem clínica. Pela análise de cada item da escala, verificamos, também, aumento significativo nos seguintes itens: “Tenho a certeza de que consigo lidar eficazmente com problemas inesperados” ($\rho = .226$; $p = .036$); “Posso permanecer calmo(a) quando estou perante dificuldades porque posso contar com a minha capacidade de lidar com as situações” ($\rho = .417$; $p = .000$); “Quando me confronto com um problema geralmente encontro várias soluções” ($\rho = .423$; $p = .000$); “Se eu tenho problemas, geralmente posso pensar em alguma coisa para os resolver” ” ($\rho = .256$; $p = .017$). Apresentamos estes resultados nos Quadros X4 a X7.

Os estudantes evidenciaram, assim, percepção de serem mais capazes de resolver problemas na prestação de cuidados após a aprendizagem clínica. Estes resultados são concordantes com diversos estudos com estudantes de enfermagem baseados na teoria de Bandura que verificaram que os juízos de auto-eficácia são afectados pelas experiências de ensino/aprendizagem, designadamente a informação sobre a sua eficácia. A percepção de auto-eficácia dos estudantes de enfermagem refere-se à confiança que têm na prestação de cuidados de enfermagem (Hagquist et al, 2009; Rosen, 2000) e a prática clínica mostrou ser mais forte do que as características pessoais para o aumento desta percepção (Ford-Gilboe et al, 1997; Laschinger, 1996).

H0 – Existe independência entre os **erros de avaliação dos cuidados de enfermagem** cometidos pelos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica e a **percepção de auto-eficácia generalizada** antes do ensino clínico.

H1 – Existe associação entre os **erros de avaliação dos cuidados de enfermagem** cometidos pelos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica e a **percepção de auto-eficácia generalizada** antes do ensino clínico.

Consoante o Quadro X8, o valor do coeficiente de correlação de Spearman ($\rho = -.378$), associado a uma probabilidade de erro $< .05$ ($p = .021$), permite-nos assumir H1, isto é, existe uma correlação negativa moderada entre os erros na avaliação dos cuidados de enfermagem e a percepção de auto-eficácia generalizada antes do ensino clínico, ou seja, quanto mais elevada foi esta percepção, menos erros foram reconhecidos na avaliação dos cuidados de enfermagem. Os estudantes de enfermagem com níveis de percepção de auto-eficácia mais elevados procuram mais e melhor apoio (Chlan et al, 2005; Ford-Gilboe et al, 1997; Jeffreys, 2004; Laschinger, 1996), têm um

melhor desempenho (Ford-Gilboe et al., 1997; Jeffreys, 2004; Laschinger, 1996; McLaughlin et al, 2007), logo, menor probabilidade de errar. Jeffreys (2004) relatou o exemplo de um estudante com problemas na avaliação da tensão arterial e que, quando alcançou uma percepção de auto-eficácia forte e realista, entendeu que era uma dificuldade temporária, desenvolveu esforços para a ultrapassar e solicitou supervisão nas práticas laboratoriais e na aprendizagem clínica.

Das diversas formas de fomentar a percepção de auto-eficácia nos estudantes de enfermagem sobressaem a supervisão, que lhes permite aprender a aprender, a autonomia e o desenvolvimento da responsabilidade pela aprendizagem. O aumento da auto-eficácia proporciona um sentido de controlo sobre si mesmo e as acções que dependem de si, o que, por sua vez, favorece uma melhor prática de cuidados. Técnicas específicas para o conseguir assentam no feedback dos supervisores e no modo como é proporcionado, bem como na possibilidade de observarem outros estudantes em estádios mais avançados e em discussões conjuntas (Bandura, 1997; McLaughlin, et al, 2007). O poder dos pares na validação e aumento da auto-eficácia (Bandura, 1997) assim o determina, do mesmo modo que as práticas laboratoriais o comprovam (Chlan et al, 2005).

3.2.4.2 - Locus de controlo.

A internalidade dos estudantes aumentou durante a aprendizagem clínica; a média do score do locus de controlo antes da aprendizagem clínica era de 11.69 e de 9.50 após.

H0 – Existe independência entre a orientação do **locus de controlo** dos estudantes de enfermagem **antes** e **após** da aprendizagem clínica.

H1 – Existe associação entre a orientação do **locus de controlo** dos estudantes de enfermagem **antes** e **após** da aprendizagem clínica.

Sendo o valor do coeficiente de correlação de Spearman ($\rho = .630$), associado a uma probabilidade de erro < 0.05 ($p = .000$), Quadro X9, assumimos a H1, portanto uma correlação positiva forte entre o locus de controlo antes e após a aprendizagem.

Está provado que a internalidade se associa a maior bem-estar e motivação, que promove o sucesso (Ofori & Charlton, 2002; Pearson, 1986; Ribeiro, 2000) e que os

estudantes internos tendem para uma aprendizagem dirigida à consecução dos objectivos e desenvolvem iniciativas neste sentido, enquanto os externos apresentam mais comportamentos de evitação (Heintz & Steele-Johnson, 2004). O locus de controlo não é imutável; é activado num ou noutro sentido do continuum internalidade/externalidade e há muitas variáveis que intervêm na sua activação (Bandura, 1985). Considera-se que práticas pedagógicas fomentadoras da autonomia e da responsabilidade aumentam a internalidade (Costa, 2002). Os curricula de formação inicial em enfermagem que estimulem os estudantes a pensarem por si mesmos, a desenvolverem estratégias de coping e a aumentarem a sua participação nas actividades de aprendizagem tendem a estimular o desenvolvimento de locus de controlo interno (Dawson, 1994; Karayurt & Dicle, 2008).

H0 – Existe independência entre a **percepção de auto-eficácia generalizada** e a orientação do **locus de controlo** dos estudantes de enfermagem antes da aprendizagem clínica.

H1 – Existe associação entre a **percepção de auto-eficácia generalizada** e a orientação do **locus de controlo** estudantes de enfermagem antes da aprendizagem clínica.

O Quadro X10 apresenta um coeficiente de correlação de Spearman ($\rho = - .459$), associado a uma probabilidade de erro $< .05$ ($p = .000$), pelo que assumimos a H1, existindo uma correlação negativa moderada entre a percepção de auto-eficácia generalizada e o locus de controlo antes da aprendizagem clínica e, assim, quanto mais elevada a percepção de auto-eficácia menor a externalidade. Era expectável a que a uma maior percepção de auto-eficácia correspondesse uma maior internalidade. A crença na determinação pessoal de consecução de resultados geram um senso de eficácia e de poder, enquanto crenças de que os resultados ocorrem independentemente do que um indivíduo faz, cria apatia (Bandura, 1985). Os indivíduos que acreditam mais nas suas capacidades, permanecem focados nas actividades necessárias para atingirem os objectivos e, perante dificuldades, raciocinam de modo estratégico e, no caso de insucesso, atribuem-no a esforço insuficiente (Bandura, 1997).

H0 – Existe independência entre a **percepção de auto-eficácia generalizada** e a orientação do **locus de controlo** dos estudantes de enfermagem após a aprendizagem clínica.

H1 – Existe associação entre a **percepção de auto-eficácia generalizada** e a orientação **locus de controlo** estudantes de enfermagem após a aprendizagem clínica.

Conforme mostram os valores do Quadro X11, o coeficiente de correlação de Spearman ($\rho = - .263$), associado a uma probabilidade de erro $< .05$ ($p = .014$), permite-nos concluir a existência de uma associação negativa fraca entre a percepção de auto-eficácia generalizada e o locus de controlo após a aprendizagem clínica, confirmando H1. Assim, quanto mais elevada foi a percepção de auto-eficácia generalizada, menor foi o score de locus de controlo, ou seja, maior a internalidade. Porém, a expressão do índice de correlação calculado é menor após a aprendizagem clínica do que preliminarmente à mesma. Estes dados vão ao encontro dos de Schwarzer (1993) citado por Källmén (2000), que, apoiando-se em diversos autores referidos na meta-análise de Ng et al. (2006), atribuem aos indivíduos com orientação interna maior sentido de competência para a tarefa. Confirmaram também uma correlação positiva entre a auto-eficácia e o locus de controlo, considerando que esta é uma disposição de personalidade preditora da auto-eficácia. Porém, foi verificado por Chambliss e Murray (1979), citados por Peixoto (1991) que as intervenções para aumentar as percepções de auto-eficácia são consequentes apenas relativamente às atribuições de causalidade interna.

Este constructo não demonstrou qualquer associação com a ocorrência de erros.

3.2.4.3 - Níveis de stress.

Mantemos o mesmo critério de comparação antes e após a aprendizagem clínica.

Quadro 3.22 - Níveis de stress antes e após a aprendizagem clínica

| | Stress antes da Aprendizagem Clínica | Stress após a Aprendizagem Clínica |
|--------------------|---|---------------------------------------|
| N | 86 | 86 |
| Média | 117.10 | 112.02 |
| Mediana | 117.00 | 115.00 |
| Moda ³¹ | 91.00 | 82.00 |
| Mínimo | 69.00 | 58.00 |
| Máximo | 182.00 | 169.00 |

A média de stress geral registada antes da aprendizagem clínica, 117.104 (Quadro 3.22), foi superior à verificada por Gomes (1999), de 112.502, o qual, por sua vez, encontrou valores superiores aos de Beck e Srivastava (1991), neste caso de 100.69. Portanto, os

³¹ Multimodal; é apresentado o valor mais baixo.

níveis de stress dos estudantes deste estudo foram, antes da aprendizagem clínica, os mais elevados de todos os encontrados na literatura, ainda que após tenham diminuído para valores ligeiramente abaixo dos de Gomes. A diminuição do stress após a aprendizagem clínica foi verificada por Edwards et al. (2010)

O stress relacionado com a aprendizagem clínica mostrou-se mais elevado no curso de enfermagem (Admi, 1997; Garrett et al., 1976; Gibbons et al., 2007, 2009; Jeffreys, 2004; Kanji, White & Ernst, 2006; Mannix, Wilkes & Luck, 2009; McGregor, 2005; Paulino, 2007; Reilley e Obbermann, 1999; Sawatzky, 1998; Shipton, 2002; Sivberg, 1998; Wilson, 1994) sendo estes estudantes os que no ensino superior têm registado níveis mais elevados (idem; Beck & Srivastawa, 1991; Beck et al., 1997; Seyedfatemi, Trafreshi & Hagani, 2007). Desta forma, os nossos dados vão ao encontro dos encontrados na literatura e, no contexto deste estudo é importante atender a que se tem verificado que o stress em aprendizagem clínica é provocado, entre outras causas, por medo de errar (Edwards et al., 2010; Gibbons et al., 2007, 2009; Jeffreys, 2004; Jones & Johnston, 1997; Kushnir, 1986; Lindop & Ed, 1999; Pagana, 1988; Prymachuck & Richards, 2007; Sawatzky, 1998) e a sua demasia provoca uma prática insegura e erros (Diz & Gomes, 2008; Edwards et al., 2010; Gomes, 1999; Kushnir, 1986; Lo, 2002; Rua, 2011; Seyedfatemi et al., 2007; Shipton, 2002).

Antes e após, questionámos os participantes quanto à primeira, segunda e terceira situação que lhes provocaria e provocou mais stress. As três respostas mais referidas estão no Anexo U. Antes da aprendizagem clínica a primeira situação que provocava mais stress era reprovar, a segunda, cometer erros e a terceira, o relacionamento com os enfermeiros do serviço. Após a aprendizagem clínica os estudantes revelaram que as situações que lhes tinham desencadeado mais stress foram, em primeiro lugar, a morte do cliente, em segundo lugar, as perguntas do supervisor pedagógico e, em terceiro lugar, não ter tempo livre com igual número de referências relativas aos procedimentos da prestação de cuidados.

H0 – Existe independência entre o **nível de stress geral** dos estudantes de enfermagem **antes e após** a aprendizagem clínica.

H1 – Existe associação entre o **nível de stress geral** estudantes de enfermagem **antes e após** a aprendizagem clínica.

Com o valor do coeficiente de correlação de Spearman ($\rho = .652$), associado a uma probabilidade de erro $< .05$ ($p = .000$), assumimos a H1 (Quadro X12) e, por consequência, a existência de uma associação positiva forte entre o nível de stress geral endossado em registo pelos participantes antes e após a aprendizagem clínica. Existiu diminuição do nível de stress geral após a aprendizagem clínica (Quadro 3.22).

Todos os factores do BSSI registaram correlações positivas antes e após a aprendizagem clínica (Quadro X13 ao Quadro X26). Os que registaram aumento foram: 1 – Stress provocado pelo estudo ($\rho = .595$; $p = .000$); 3 – Stress provocado pelo uso de álcool, medicamentos e tabaco ($\rho = .349$; $p = .001$); 4 – Stress provocado por relacionamento que não implica um grau de intimidade elevado ($\rho = .642$; $p = .000$); 11 – Stress relacionado com falta de apoio administrativo ($\rho = .345$; $p = .001$); 12 – Stress relacionado com a escolha da profissão e preparação para o seu desempenho ($\rho = .441$; $p = .000$); 13- Stress provocado por relacionamentos com certo grau de intimidade ($\rho = .524$; $p = .000$). Os restantes diminuíram: 2 – Stress provocado pela expectativa em reação ao comportamento do utente e da equipa do ensino clínico ($\rho = .538$; $p = .000$); 5 – Stress relacionado com problemas pessoais e com os pais ($\rho = .461$; $p = .000$); 6 - Stress associado às pressões decorrentes do matrimónio ($\rho = .403$; $p = .000$); 7 - Stress relacionado com o desempenho da profissão ($\rho = .596$; $p = .000$); 8 – Stress provocado pela solidão, problemas de sexo e inadequação à prática clínica ($\rho = .600$; $p = .000$); 9 – Stress relacionado com problemas de saúde pessoais e familiares ($\rho = .492$; $p = .000$); 10 - Stress provocado por falta de segurança em si próprio ($\rho = .473$; $p = .000$); 14 – Stress relacionado com pouca responsabilidade ($\rho = .500$; $p = .000$).

O aumento com correlação mais forte foi o do factor 4 – Stress provocado por relacionamento que não implica um grau de intimidade elevado, que inclui a atmosfera criada pela turma, a relação com os docentes, a relação com os outros profissionais e o relacionamento com o pessoal nas situações clínicas (Itens 25, 26, 27 e 41 do BSSI, conforme Quadro J1). Estes resultados vão ao encontro dos factores descritos como stressantes para os estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica, nomeadamente, conflitos com os supervisores e com o pessoal dos serviços (Edwards et al., 2010; Garret et al., 1976, Gibbons et al., 2007, 2009; Seyedfatemi et al., 2007). Mesmo nos dados recolhidos após o *términus* da aprendizagem clínica, os valores deste factor estavam aumentados em comparação aos anteriores.

A diminuição com a correlação mais forte foi a relativa ao factor 8 – Stress provocado pela solidão, problemas de sexo e inadequação à prática clínica, que engloba incapacidade de arrumação da casa, sentir-se só, problemas relacionados com sexo e sentimento de inadequação na actuação clínica (Itens 34, 35, 36 e 42, no Quadro J1). Os dados em apreço vão ao encontro do relatado por Gibbons et al. (2007, 2009) concernente à insegurança com a competência clínica, a percepção de falta de perícia e a falta de tempo livre. Após finalizarem a aprendizagem clínica, é possível que os estudantes tenham mais tempo para se dedicarem à casa, à interacção com outras pessoas, o que eventualmente os levou a sentirem-se menos sós e a terem menos ou mesmo deixarem de ter problemas relacionados com sexo e, uma vez que já não estavam em aprendizagem clínica, o sentimento de inadequação da sua actuação diminuiu.

H0 – Existe independência entre a **percepção de auto-eficácia generalizada** e os **níveis de stress geral** dos estudantes de enfermagem **antes da aprendizagem clínica**.

H1 – Existe associação entre a **percepção de auto-eficácia generalizada** e os **níveis de stress geral** dos estudantes de enfermagem **antes da aprendizagem clínica**.

De acordo com o Quadro X27, o valor do coeficiente de correlação de Spearman ($\rho = -.292$), associado a uma probabilidade de erro $< .05$ ($p = .006$), leva-nos a assumir a H1, existindo uma associação negativa fraca entre a percepção de auto-eficácia generalizada e o stress geral antes da aprendizagem clínica. Assim, aos níveis mais elevados de stress geral, corresponde uma menor percepção de auto-eficácia generalizada. Este resultado confirma também neste estudo que a percepção de auto-eficácia ajuda a lidar com o stress (Schwarzer & Jerusalem, 1995) e favorece a adaptação a situações stressantes (Luczynska et al., 2005; Souza & Souza, 2004). Por outro lado, uma baixa percepção de auto-eficácia pode ser geradora de stress, afectando negativamente a motivação, a persistência, o desenvolvimento e a aprendizagem (Jeffreys, 2004).

H0 – Existe independência entre o **locus de controlo** e o **stress geral** dos estudantes de enfermagem **antes da aprendizagem clínica**.

H1 – Existe associação entre o **locus de controlo** e o **stress geral** dos estudantes de enfermagem **antes da aprendizagem clínica**.

O valor do coeficiente de correlação de Spearman ($\rho = .242$), associado a uma probabilidade de erro $< .05$ ($p = .025$), calculado sobre os dados do Quadro X28, permite-nos assumir, uma vez mais, H1. Este índice de correlação reflecte uma associação positiva fraca entre os scores obtidos na Escala I/E de Rotter e no BSSI antes da aprendizagem clínica. Por outras palavras, quanto maior o score de locus de controlo, isto é, maior externalidade, mais elevado era o stress.

Estes resultados corroboram a evidência de estudos anteriores. Karayurt e Dicle (2008) citam um estudo de Cochran (1987), onde se verificou a correlação entre locus de controlo externo e níveis elevados de stress. Schmitz et al. (2000) desenvolveram um estudo sobre os efeitos do locus de controlo no stress e burnout nos enfermeiros hospitalares e verificaram que aqueles com locus de controlo mais externo estavam mais sujeitos a a estas perturbações.

H0 – Existe independência entre os **erros de competências transversais** e os **níveis de stress geral** dos estudantes de enfermagem **antes da aprendizagem clínica**.

H1 – Existe associação entre os **erros de competências transversais** e os **níveis de stress geral** dos estudantes de enfermagem **antes da aprendizagem clínica**.

Conforme consta no Quadro X29, o valor do coeficiente de correlação de Spearman ($\rho = .282$), associado a uma probabilidade de erro $< .05$ ($p = .047$), permite assumir H1. Logo, verifica-se uma associação positiva fraca entre o total de erros de competências transversais e os níveis de stress geral antes do ensino clínico, o que significa que quanto maior era o stress antes da aprendizagem clínica mais erros de competências transversais se registaram.

Nos participantes com níveis mais elevados de stress encontrámos a seguinte correspondência relativamente a **erros nas competências transversais**, mais especificamente definição de estratégias para ultrapassar as suas dificuldades.

“(...) não me estava dando muito bem com um colega de estágio, e então eu via o que ele não estava fazendo bem e dizia lhe que não era assim, ele nunca “fazia caso”, um dia estava fazendo qualquer coisa com o nosso cliente, e entra o orientador e vê um erro qualquer que ele tinha cometido (...) denunciei-o ao orientador.” E2-17: L105-110; 111-112

Este registo confirma a importância do apoio dos pares para lidar com os factores de stress, além de ser uma fonte importante de eutress e de contributo para que a aprendizagem clínica seja uma experiência positiva (Gibbons et al., 2007; Hosoda, 2006; Sawatzky, 1998; Shepherd, 2008). Por outro lado, a literatura do domínio também nos revela que os pares podem ser uma fonte de stress devido à competição ou à dependência de uns relativamente a outros (Shipton, 2002).

As correlações estatisticamente significativas entre os diversos **factores do BSSI antes e após a aprendizagem clínica** levaram-nos a considerar pertinente averiguar se esses mesmos factores também se associaram à **ocorrência de erro**.³²

H0 – Existe independência entre os **erros de competências transversais** e os **níveis de stress provocado pela expectativa em relação ao comportamento do cliente e da equipa do EC** registados pelos estudantes **antes da aprendizagem clínica**

H1 – Existe associação entre os **erros de competências transversais** e os **níveis de stress provocado pela expectativa em relação ao comportamento do cliente e da equipa do EC** registados pelos estudantes **antes da aprendizagem clínica**

Como o valor do coeficiente de correlação de Spearman ($\rho = .285$), está associado a uma probabilidade de erro $< .05$ ($p = .045$), assumimos H1 (Quadro X30). Desta forma, o stress que o estudante sentia, antes da aprendizagem clínica, e que era provocado pela expectativa relativamente ao comportamento do cliente e da equipa do serviço onde decorria a aprendizagem clínica, correlaciona-se com o total de erros de competências transversais, o que se compreende porque na base destas competências há uma componente essencialmente relacional e, porque, como é concluído por Beck e Srivastava (1991), Carvalho (2005), Gomes (1999) Idczak (2007) e Kushnir (1986) a relação com clientes e equipa provocam stress. Recordamos que, anteriormente verificámos que existiam serviços onde se registaram mais erros do que em outros e alguns onde não se registaram alguns.

H0 – Existe independência entre os **erros de competências transversais** e os **níveis de stress provocado por relacionamento que não implica um grau de intimidade elevado** detidos pelos estudantes **antes da aprendizagem clínica**.

³² Os outputs relativos ao constructo “stress” são os últimos do Anexo V pelo elevado número de páginas que comporta.

H1 – Existe associação entre os **erros de competências transversais** e os **níveis de stress provocado por relacionamento que não implica um grau de intimidade elevado** detidos pelos estudantes **antes da aprendizagem clínica**.

O coeficiente de correlação de Spearman ($\rho = .355$), associado a uma probabilidade de erro $< .05$ ($p = .011$) implica que assumamos a H1 (Quadro X31), existindo uma correlação positiva moderada entre os erros de competências transversais e o stress provocado pelo relacionamento que não implica um grau de intimidade elevado antes da aprendizagem clínica, ou seja, com supervisores clínicos, supervisores pedagógicos, outros profissionais do serviço e colegas. Vários autores, entre os quais Arries (2009), Beck e Srivastava (1991), Gibbons et al. (2007, 2009), Gomes (1999), Shipton (2002), confirmaram que o ambiente do serviço, a relação com os profissionais do mesmo e com os supervisores constituem fontes de stress para os estudantes de enfermagem. A relação com os pares também é considerada como potencial stressor por Beck e Srivastava (1991), Gibbons et al. (2007, 2009), Gomes (1999) e Shipton (2002).

H0 – Existe independência entre os **erros de avaliação dos cuidados de enfermagem** e os **níveis de stress relacionado com pouca responsabilidade** registados pelos estudantes **antes da aprendizagem clínica**.

H1 – Existe associação entre os **erros de avaliação dos cuidados de enfermagem** e os **níveis de stress relacionado com pouca responsabilidade** registados pelos estudantes **antes da aprendizagem clínica**.

Conforme mostram os valores do Quadro X32, o coeficiente de correlação de Spearman ($\rho = .376$), associando-se a uma probabilidade de erro $< .05$ ($p = .022$), possibilita-nos confirmar H1 e concluir que existe uma associação positiva moderada entre os erros de avaliação dos cuidados de enfermagem e o stress relacionado com pouca responsabilidade. Não encontramos evidência para validar estes dados mas entendemos que têm na base os estudantes geralmente não fazerem a avaliação dos cuidados de enfermagem prestados de modo independente pois costumam ser supervisionados nestas actividades, o que é confirmado pelos dados qualitativos em que apenas três estudantes reportam erros deste tipo.

H0 – Existe independência entre os **erros de competências transversais** e os **níveis de stress relacionado com problemas pessoais e com os pais** registados pelos estudantes **após a aprendizagem clínica**.

H1 – Existe associação entre os **erros de competências transversais** e os **níveis de stress relacionado com problemas pessoais e com os pais** registados pelos estudantes **após a aprendizagem clínica**.

Conforme o Quadro X33, o valor do teste ($\rho = .282$), associando a uma probabilidade de erro $< .05$ ($p = .048$), assumimos a H1 e verificamos a existência de uma correlação positiva fraca entre os erros de competências transversais e os valores de stress relacionado com problemas pessoais e com os pais após a aprendizagem clínica. De novo, os erros foram nas competências transversais que, como referimos antes, possuem um carácter relacional importante.

H0 – Existe independência entre os **erros de competências transversais** e os **níveis de stress associado às pressões decorrentes do matrimónio** apresentados pelos estudantes **após a aprendizagem clínica**.

H1 – Existe associação entre os **erros de competências transversais** e os **níveis de stress associado às pressões decorrentes do matrimónio** apresentados pelos estudantes **após a aprendizagem clínica**.

O valor do coeficiente de correlação de Spearman ($\rho = .297$) associado a uma probabilidade de erro $< .05$ ($p = .036$) implica-nos aceitar a H1 (Quadro X34) e a existência de uma correlação positiva fraca entre o total de erros de competências transversais e o stress associado às pressões decorrentes do matrimónio após a aprendizagem clínica.

Uma vez mais, são as competências relacionais que se associaram às dimensões mais ligadas à vida pessoal dos estudantes. Os conjugues e os filhos, quando é o caso, e os pais, além de outros familiares, são uma base de apoio essencial dos estudantes, em geral, e dos de enfermagem, em particular, pelo que problemas a este nível afectarão o seu desempenho, estando estes dados em consonância com literatura encontrada (Beck & Srivastava, 1991; Jeffreys, 2004; Lo, 2002; Ramos & Carvalho, 2007; Sawatzky, 1998).

H0 – Existe independência entre os **erros de medicação** e os **níveis de stress relacionados com a falta de apoio administrativo** detidos pelos estudantes **após a aprendizagem clínica**.

H1 – Existe associação entre os **erros de medicação** e os **níveis de stress relacionados com a falta de apoio administrativo** detidos pelos estudantes **após a aprendizagem clínica**.

O valor do coeficiente de correlação de Spearman ($\rho = - .511$), associado a uma probabilidade de erro $< .05$ ($p = .015$), faz-nos assumir H1 (Quadro X35). Portanto, há uma correlação negativa moderada entre os erros de medicação e os níveis de stress relacionados com a falta de apoio administrativo após a aprendizagem clínica. Assim, quanto mais elevado foi o nível de stress devido a este factor, menos erros de medicação foram indicados. Enquadramos este resultado no explicado por Diz e Gomes (2008), Fragata e Martins (2008) e Page e McKinney (2007), de que a medicação é um processo multidisciplinar e possui uma componente administrativa. Nenhum autor se remete a esta relação, mas questionamos até que ponto o estudante, ao sentir falta de respostas administrativas para as suas necessidades, tende a concentrar-se mais no processo de preparação e administração de terapêutica, cometendo menos erros. Este é, porém, um mero exercício especulativo que carece de aprofundamento.

H0 – Existe independência entre os **erros de avaliação dos cuidados de enfermagem** e os **níveis de stress relacionado com a escolha da profissão e preparação para o seu desempenho** demonstrados pelos estudantes **após a aprendizagem clínica**.

H1 – Existe associação entre os **erros de avaliação dos cuidados de enfermagem** e os **níveis de stress relacionado com a escolha da profissão e preparação para o seu desempenho** demonstrados pelos estudantes **após a aprendizagem clínica**.

Como o valor do coeficiente de correlação de Spearman ($\rho = - .346$) está associado a uma probabilidade de erro $< .05$ ($p = .036$), assumimos a H1 (Quadro X36) e, por consequência, a existência de uma correlação negativa moderada entre os erros de avaliação dos cuidados de enfermagem e os níveis de stress relacionados com a escolha da profissão e preparação para o seu desempenho após a aprendizagem clínica. Desta forma, quanto mais elevados foram os níveis de stress relacionados com este factor, que incluem “Reconsiderar/dúvidas sobre a escolha correcta da carreira”,

“Reconsiderar/dúvidas sobre a educação em enfermagem como preparação para a profissão” e “Dificuldade em encontrar modelos de suporte na escola”, menos erros de avaliação dos cuidados de enfermagem foram endossados. Beck e Srivastava (1991) reportam-se a este factor e respectivos itens mas não encontrámos autores que aludam a estas influências no processo de avaliação dos cuidados de enfermagem. Porém, estes erros foram dos menos frequentes possivelmente porque o estudante desempenha as actividades correspondentes com os supervisores. Com a falta de enquadramento teórico para este resultado, reflectimos se a presença constante e a interferência do supervisor na avaliação dos cuidados de enfermagem fez com que os estudantes cometessem menos erros mas também lhes colocasse dúvidas sobre a preparação que estão a ter para a futura profissão, se a escolha da carreira foi a adequada e se entenderam que não tinham modelos de suporte.

H0 – Existe independência entre os erros de competências transversais e os níveis de stress relacionados com pouca responsabilidade apresentados pelos estudantes após a aprendizagem clínica.

H1 – Existe associação entre os erros de competências transversais e os níveis de stress relacionados com pouca responsabilidade apresentados pelos estudantes após a aprendizagem clínica.

O valor do coeficiente de correlação de Spearman ($\rho = .322$), associado a uma probabilidade de erro $< .05$ ($p = .023$), torna possível que assumamos a H1 (Quadro X37) e, como tal, concluir que existe uma correlação positiva moderada entre os erros de competências transversais e os valores de stress relacionado com pouca responsabilidade após a aprendizagem clínica, o que significa que quanto mais stress os estudantes experimentaram com pouca responsabilidade mais erros reportaram nas competências transversais, que incluem os seguintes itens: “Demonstração de conhecimentos teóricos na identificação de necessidades do cliente”; “Desempenho independente da orientação do supervisor”; “Definição de estratégias para ultrapassar as suas dificuldades”; “Assumpção dos erros cometidos”; “Procura de ajuda junto de outros profissionais (incluindo enfermeiros e/ou docentes) quando os assuntos ultrapassam a sua competência”. Em todos estes itens a responsabilidade é indispensável e, no que se refere à ocorrência de um erro, foi considerada por parte de enfermeiros, o aspecto mais importante a seguir a um destes eventos para o desempenho

que minimize o sucedido e a salvaguarda da segurança e do bem-estar do cliente, além da manutenção da confiança dentro da equipa (Arndt, 1994). No contexto do resultado obtido, é interessante a consideração de Pagana (1988) quanto aos estudantes de enfermagem assumirem responsabilidades muito cedo e que a responsabilidade, sendo muito acentuada, faz perigar a aprendizagem e o desempenho. Por outro lado, Martin (2008) reconhece que a falta de responsabilidade está subjacente a muitos erros dos estudantes de enfermagem.

Pelo exposto neste capítulo, entendemos que existiram erros associados aos factores em estudo, em alguns casos com significância estatística enquanto em outros a mesma não se confirmou. No primeiro caso encontramos a relação entre: “erros de avaliação dos cuidados de enfermagem” e o “género”; “erros de competências transversais” e o “género”; “erros de planeamento dos cuidados” e “ser trabalhador estudante”; “erros de execução dos cuidados de enfermagem” e “UC em atraso”; “erros de execução dos cuidados de enfermagem” e o “ano que frequentam”; “erros de avaliação dos cuidados de enfermagem” o “ano que frequentam”; “total de erros” dos estudantes e o “ano que frequentam”; “erros nas competências transversais” e a “auto-percepção de competências no planeamento de cuidados.

Verificámos a existência das seguintes correlações: correlação negativa fraca entre “erros nas competências transversais” e a “auto-percepção de competências no planeamento de cuidados”; correlação negativa de moderada intensidade entre o “erros nas competências transversais” e a “auto-percepção de competências na execução dos cuidados de enfermagem”; correlação negativa moderada entre o “erros de medicação” e a “auto-percepção de competências na execução dos cuidados de enfermagem”; correlação negativa fraca entre o “erros de avaliação dos cuidados de enfermagem” e a “percepção de auto-eficácia generalizada” antes do ensino clínico; correlação positiva fraca entre o “erros de execução dos cuidados de enfermagem” e o “desenvolvimento moral” antes do ensino clínico; correlação positiva fraca entre o “total de erros” e o “desenvolvimento moral” antes do ensino clínico; correlação positiva fraca entre o “erros de competências transversais” e os “níveis de stress geral” antes do ensino clínico.

Concluímos, portanto, que o stress antes do ensino clínico é o factor disposicional com mais associações a erros em aprendizagem clínica, havendo algumas com a percepção

de auto-eficácia generalizada enquanto o locus de controlo não demonstrou associação a qualquer tipo de erros.

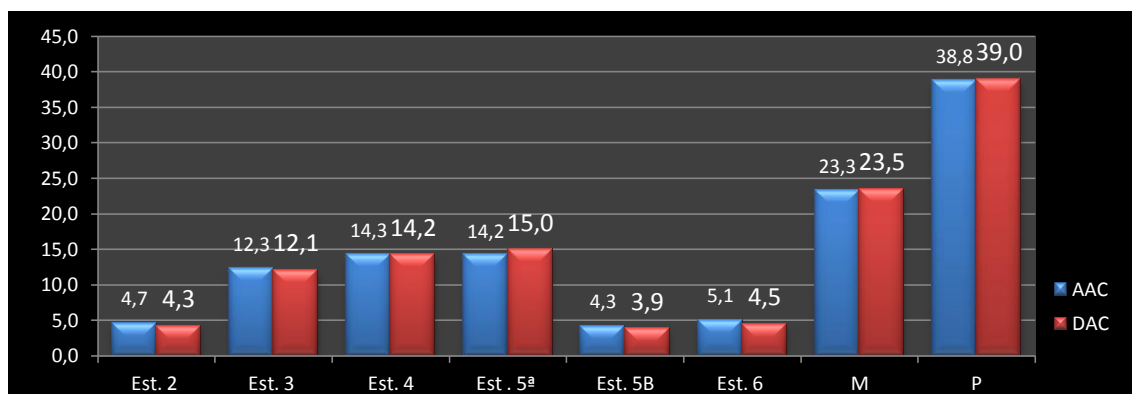
Sem significância estatística mas a merecer-nos atenção encontramos o seguinte: o total de erros registou médias mais elevadas no escalão etário dos participantes com idade igual ou inferior a 21 anos e as médias mais baixas naqueles com 30 ou mais anos; os estudantes provenientes da ilha de São Miguel apresentaram, de modo geral, médias mais elevadas nos erros; os estudantes residentes nos outros concelhos da ilha de São Miguel que não Ponta Delgada detiveram a média mais elevada do total de erros; os estudantes solteiros apresentaram mais erros do que os casados/união de facto; os que têm filhos tiveram médias mais elevadas em todas as categorias de erros excepto nos erros de medicação; os estudantes que vivem sós detiveram as médias mais baixas de erros; os participantes que dependem financeiramente de trabalho em tempo parcial demonstraram, de modo geral, médias mais elevadas em todas as categorias de erros ainda que não tenham indicado erros de medicação; não verificámos a existência de um padrão de erros consoante o grupo profissional do pai, o grupo profissional da mãe, a escolaridade do pai ou a escolaridade da mãe; existiu um padrão de médias mais elevadas e mais baixas de erros segundo os serviços onde decorreu a aprendizagem clínica.

Ainda que sem significância estatística, os seguintes resultados, constituíram uma surpresa relativamente ao que esperávamos: as médias mais elevadas do total de erros verificaram-se nos estudantes com média classificação mais elevada até à aprendizagem clínica em estudo; as médias mais elevadas de erros registaram-se nos estudantes que não possuíam unidades curriculares em atraso; os estudantes que não se encontravam a repetir o ensino clínico apresentaram, de modo geral, médias mais elevadas de erros, sucedendo o mesmo aos que indicaram a existência de erro em ensino clínico anterior; no total de erros, as médias mais elevadas reportaram-se aos estudantes que no final do ensino clínico em estudo foram classificados com Muito Bom e as mais baixas nos que reprovaram.

3.2.5 – Factores de desenvolvimento.

3.2.5.1 - *Desenvolvimento moral.*

Para apresentar o desenvolvimento moral dos estudantes de enfermagem antes e após a aprendizagem clínica, optámos pelas médias nos diferentes scores obtidos, a saber, os dos Estádios 2, 3, 4, 5A, 5B, 6, Índice M e Índice P (Figura 3.11).



Legenda: M – Índice M ou Score Bruto Total; P – Índice P; AAC – Antes da Aprendizagem Clínica; DAC – Depois da Aprendizagem Clínica

Figura 3.11 - Desenvolvimento moral antes e após a aprendizagem clínica

Após a aprendizagem clínica houve aumento nos estádios 5A e nos índices M e P. Todos os outros diminuíram.

H0 – Existe independência entre o **desenvolvimento moral** dos estudantes de enfermagem **antes** e **após** a aprendizagem clínica.

H1 – Existe associação entre o **desenvolvimento moral** dos estudantes de enfermagem **antes** e **após** a aprendizagem clínica.

Os resultados obtidos no coeficiente de correlação de Spearman ($\rho = .371$; $p = .013$), Quadro X38, levam-nos a rejeitar a H0 e a verificar que existe uma associação positiva moderada entre o desenvolvimento moral antes e após a aprendizagem clínica.

H0 – Existe independência entre os **erros de execução dos cuidados de enfermagem** e o nível de **desenvolvimento moral** dos estudantes de enfermagem **antes da** aprendizagem clínica.

H1 – Existe associação entre os erros de execução dos cuidados de enfermagem e o nível de desenvolvimento moral dos estudantes de enfermagem antes da aprendizagem clínica.

O valor do coeficiente de correlação de Spearman ($\rho = .290$), associado a uma probabilidade de erro $< .05$ ($p = .022$), Quadro X39, permite rejeitar a H_0 . Há, portanto, uma associação positiva fraca entre os erros de execução dos cuidados de enfermagem e o desenvolvimento moral antes do ensino clínico. Quanto mais elevado era o desenvolvimento moral, mais erros de execução dos cuidados de enfermagem foram comunicados. Não encontramos nenhum estudo que relacionasse os erros dos estudantes em aprendizagem clínica com o seu desenvolvimento moral. Porém, consideramos pertinente atender a que os estudantes de um curriculum integrativo, tendem a apresentar um raciocínio moral mais desenvolvido do que os de um curriculum tradicional (Numminen & Leino-Kilpi, 2007). Os autores explicam que os estudantes de enfermagem que se encontram no estágio convencional confiam na autoridade e manutenção da ordem social e aqueles no estágio pós-convencional tomam decisões com base em raciocínio moral comprometido com o bem-estar do cliente e a essência do cuidar em enfermagem, o que, no nosso atender, os leva, não apenas, a aderir às normas e procedimentos da execução de cuidados mas a pautarem-se pelo maior bem que é o bem-estar e a segurança das pessoas a quem prestam cuidados. Possivelmente isto reflecte melhor os resultados que obtivemos quanto à admissão e comunicação dos erros cometidos. Consideramos imprescindível enquadrar o contexto deste trabalho que são as percepções dos estudantes e, neste caso, sucede que relatam, ou seja, admitem os seus erros, o que, de resto, é corroborado na análise qualitativa em que, na maioria dos casos, foram os próprios estudantes a detectar e relatar os erros cometidos.

Lourenço (1998) explica que no estágio 4 os indivíduos cumprem a norma e a lei como critério último de justiça e de moralidade, no estágio 5, procuram tornar a sociedade mais justa, com a defesa do maior bem para o maior número, consoante acordos flexíveis que podem ser modificados e, no estágio 6, meta ideal moral de Kohlberg, se regem por princípios éticos universais sob o ponto de vista moral, prescritos e reversíveis e, no caso de perspectivas em confronto, hierarquizando-as em consonância com uma perspectiva moral e racional.

No que se refere à relação entre o desenvolvimento moral e as concepções de enfermagem, Ribeiro (1995) e Lopes (1999), encontraram relação entre as orientações e o desenvolvimento moral em que, quanto mais elevado era este, mais as concepções de enfermagem se aproximavam dos ideais de cuidar em enfermagem. Ribeiro (1995), explicou que num desenvolvimento moral mais evoluído, a tendência era para que o estudante assumisse o papel de advogado do cliente e tomasse decisões justas.

H0 – Existe independência entre o **total de erros** e o nível de **desenvolvimento moral** dos estudantes de enfermagem **antes da aprendizagem clínica**.

H1 – Existe associação entre o **total de erros** e o nível de **desenvolvimento moral** dos estudantes de enfermagem **antes da aprendizagem clínica**.

O valor do coeficiente de correlação de Spearman ($\rho = .290$), associado a uma probabilidade de erro $< .05$ ($p = .013$), Quadro X40, permite-nos aceitar H1. Existe, assim, uma correlação positiva moderada entre o total de erros e o desenvolvimento moral antes do ensino clínico, ou seja, quanto maior o desenvolvimento moral, mais erros foram reconhecidos e indicados.

H0 – Existe independência entre o **total de erros** e o nível de **desenvolvimento moral** dos estudantes de enfermagem **após a aprendizagem clínica**.

H1 – Existe associação entre o **total de erros** e o nível de **desenvolvimento moral** dos estudantes de enfermagem **após a aprendizagem clínica**.

O valor do coeficiente de correlação de Spearman ($\rho = .250$), associado a uma probabilidade de erro $< .05$ ($p = .044$), Quadro X41, possibilita-nos aceitar H1. Há, assim, uma correlação positiva fraca entre o total de erros e o desenvolvimento moral após o ensino clínico, ou seja, quanto maior o desenvolvimento moral após este período de aprendizagem, mais erros os estudantes reportaram.

O desenvolvimento moral dos estudantes de enfermagem é muito importante e a sua prestação de cuidados é diferente consoante o mesmo, pelo que, um nível baixo tende a colocar os clientes em perigo (Agélii, Kennergren, Severinsson & Berthold, 2000; Munhall, 1982). O crescimento do indivíduo nesta dimensão é um pré-requisito para o desempenho de qualidade dos cuidados de enfermagem e deve ser estimulado porque estudantes moralmente mais desenvolvidos tendem a ser melhores enfermeiros por se

comprometerem com cuidados de enfermagem de melhor qualidade, incluindo a advocacia dos clientes, capacidade para tomar decisões autónomas de acordo com princípios morais e de justiça que defendem a qualidade de vida, a justiça, a verdade, a dignidade, a responsabilidade e os direitos humanos individuais (Munhall, 1982; Ribeiro, 1995). Lopes e Lourenço (1998) defendem que ao maior desenvolvimento socio-moral corresponde um maior compromisso com o cuidar em enfermagem.

A distribuição dos participantes deste estudo pelos estádios de desenvolvimento moral foi, em primeiro lugar, no convencional ($M = 26.61$), em segundo lugar, no pós-convencional ($M = 23.54$) e, em terceiro lugar, no pré-convencional ($M = 4.67$). Encontramos uma diminuição do desenvolvimento moral após a aprendizagem clínica nos estádios 2, 3, 4, 5B e 6. A identificação e descrição destes estádios encontra-se no Quadro C2. O estádio 5A, o Índice M e o Índice P aumentaram de score. O aumento do estádio 5A possui significância estatística ($\rho = .374$; $p = .003$), bem como o do Índice M ($\rho = .376$; $p = .003$). A diminuição do estádio 3 também é significativa ($\rho = .433$; $p = .000$). Os Quadros X42, X43 e X44 apresentam estes resultados.

A média do Índice P no 2º ano era de 36.93 antes do início da aprendizagem clínica e de 37.04 após, enquanto no 4º ano era de 41.92 e 42.33, respectivamente, antes e após a aprendizagem clínica, o que está conforme o indicado na literatura de que aumenta com o avançar do curso (Sivberg, 1998).

O Índice P, utilizado para a análise inferencial, é uma variável contínua e refere-se a uma moralidade orientada por princípios. Quanto mais elevado for, maior será o nível de desenvolvimento moral (Kim et al, 2004; Lourenço, 1992; Lourenço & César, 1991; Shimizu, 2004).

Em Portugal, Ribeiro (1995) verificou que os estudantes de enfermagem se situavam maioritariamente nos estádios 3 e 4 (convencional) do desenvolvimento moral, avaliado com o mesmo instrumento deste estudo, pelo que, de modo geral, registamos valores mais elevados.

O nível convencional é caracterizado por um raciocínio de lei e dever na ordem social e o pós-convencional com base no consenso social (Rest, 1979). Os resultados que obtivemos são coincidentes com os de Kim et al. (2004) e corroborados numa revisão de literatura de Numminen e Leino-Kilpi (2007), em que a maioria dos estudantes se

encontra no nível convencional e pós-convencional. Auvinen et al. (2004) verificaram um aumento do desenvolvimento moral ao longo do curso de enfermagem, com um Índice P mais elevado no 4º ano que no 1º ano e concluíram que a aprendizagem clínica favorece o desenvolvimento moral. Segundo a literatura, esta circunstância deve-se, entre outros factores, à reflexão e às tomadas de decisão inerentes à prestação de cuidados de enfermagem (Munhall, 1982; Ribeiro, 1995; Wilson, 1999). A partir da primeira experiência clínica, os estudantes começam a compreender a responsabilidade moral em enfermagem (Kim et al., 2004).

De acordo com Kohlberg citado por Rego (1996), além do juízo moral existem outros factores, nomeadamente cognitivos e motivacionais para assegurarem um comportamento moral e há necessidade de investigação que permita conhecer “(...) os factores que determinam e caracterizam uma acção moral ou um carácter moral” (p. 155), o que não constituiu objectivo do nosso estudo.

3.3 - Percepções dos Estudantes de Enfermagem relativamente aos Erros que Cometeram em Aprendizagem Clínica

Este subcapítulo inicia-se com as percepções dos estudantes relativamente ao que contribuiu para o erro, passando depois à sua reacção perante a ocorrência, às acções associadas ao erro cometido (efectuadas e as que devem ser efectuadas), às consequências dos erros para os intervenientes (estudante e supervisor clínico), o que os poderia ter evitado e estratégias que impediram erros de medicação.

3.3.1 - Contributos para o erro.

Apresentamos o que, segundo a percepção dos estudantes, contribuiu para a ocorrência dos erros que cometeram. Considerámos factores **relacionados consigo próprio** aqueles em que o participante se entendeu como o principal responsável. Os **relacionados com os supervisores** quando a causa da ocorrência do erro foi endossada aos supervisores. Estão **relacionados com os colegas** os erros que tenham sido cometidos por influência ou com o contributo destes e **com o contexto do serviço** as falhas imputadas a factores do serviço onde decorreu a aprendizagem clínica.

Considerámos, ainda, os erros **relacionados com o contexto de ensino/aprendizagem vigente na ESEnfPD**, quando as atribuições foram a características do processo formativo e, finalmente, os erros **relacionados com o cliente** se indicaram que as principais causas dos erros registados tinham a ver com a pessoa a quem prestavam cuidados.

A Figura 3.12 e o Quadro 3.23 sintetizam a categoria “**Contributos para o Erro**” e as respectivas subcategorias. Os mais referenciados foram os **relacionados consigo próprio**, seguindo-se os **relacionados com os supervisores**, **com o contexto do serviço**, **com o contexto de ensino/aprendizagem vigente na ESEnfPD**, **com o cliente** e, em último lugar, **com os colegas**.

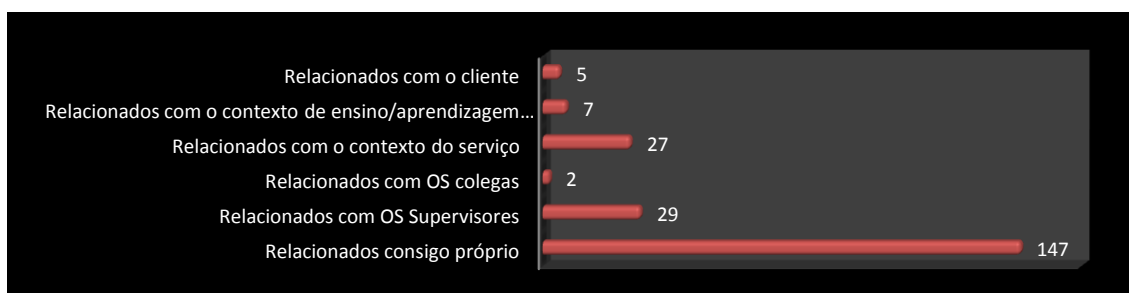


Figura 3.12 - Contributos para o erro

Devido ao elevado número de subcategorias nos contributos **relacionados consigo próprio**, para o seu refinamento e melhor compreensão, decidimos analisar com recurso à categorização de Espada (2004): de âmbito cognitivo, relacionado com processos mentais, do pensamento e do saber; de âmbito relacional, englobando as relações dos estudantes com os diversos intervenientes; de âmbito afectivo, referentes a emoções, afectos e sentimentos; de âmbito físico, referentes a manifestações fisiológicas e psicomotoras. Destacaram-se os contributos de âmbito cognitivo, seguindo-se os de âmbito afectivo, de âmbito físico e, finalmente, os de âmbito relacional (Quadro 3.23).

Quadro 3.23 - Contributos para o Erro

| Subcategoria 1 | Subcategoria 2 | Subcategoria 3 | Subcategoria 4 | Nº Unidades de análises/Ano | |
|------------------------------|----------------------|---|----------------------------|-----------------------------|--------|
| | | | | 2º ano | 4º ano |
| Relacionados consigo próprio | De âmbito cognitivo | Falta de atenção | | 7 | 6 |
| | | Ambientação ao serviço | Integração | 1 | 0 |
| | | | Não integração | 2 | 6 |
| | | Falta de conhecimentos | | 7 | 1 |
| | | Organização das suas actividades | | 2 | 5 |
| | | Identificação de problema/s no cliente | | 5 | 0 |
| | | Falta de estudo | | 4 | 0 |
| | | Excesso de auto-confiança | | 3 | 1 |
| | | Hábito pessoal | Não fazer a cama | 1 | 0 |
| | | | Conversar | 1 | 0 |
| | | | Não ler nem escrever | 1 | 0 |
| | | Confiança nos enfermeiros do serviço | | 1 | 2 |
| | | Seguir modelo dos enfermeiros | | 2 | 1 |
| | | Conciliação com a vida pessoal | | 2 | 0 |
| | | Dificuldade na gestão do tempo | | 2 | 0 |
| | | Falta de responsabilidade | | 0 | 2 |
| | | Percepção de maior responsabilidade por ser o último ensino clínico | | 0 | 2 |
| | | Dúvidas quanto à sua autonomia | | 1 | 0 |
| | | Ausência de confirmação | | 1 | 0 |
| | | Percepção de estar em desvantagem relativamente aos colegas | | 1 | 0 |
| Sub-total | | | | 44 | 26 |
| | De âmbito afectivo | Stress | Por experiências clínicas | 10 | 6 |
| | | | Por motivos académicos | 3 | 3 |
| | | | Por motivos pessoais | 1 | 1 |
| | | Medo | De errar | 6 | 4 |
| | | | De reprovar | 2 | 1 |
| | | | De causar dano ao cliente | 2 | 1 |
| | | Desejo | De sucesso na técnica | 1 | 1 |
| | | | De não atrasar os cuidados | 0 | 2 |
| | | | De agradar | 1 | 0 |
| | | | De boa classificação | 1 | 0 |
| Sub-total | | | | 27 | 19 |
| | De âmbito físico | Falta de experiência | | 12 | 6 |
| | | Cansaço | | 4 | 0 |
| | | Falta de destreza | | 2 | 3 |
| Sub-total | | | | 18 | 9 |
| | De âmbito relacional | Dificuldade na relação | Terapêutica com o cliente | 1 | 0 |
| | | | Com colega | 1 | 0 |
| | | Pedido de ajuda a colega com falta de conhecimentos | | 1 | 0 |
| | | Dificuldade de comunicação com o cliente | | 1 | 0 |
| Sub-total | | | | 4 | 0 |
| Total (subcat. 1) | | | | 93 | 54 |

Quadro 3.23A - Contributos para o Erro

| Subcategoria 1 | Subcategoria 2 | Subcategoria 3 | Subcategoria 4 | Nº Unidades de análises/Ano | |
|---|----------------|--|--|-----------------------------|--------|
| | | | | 2º ano | 4º ano |
| Relacionados com os supervisores | | Problemas na relação com o supervisor | Geradores de medo | 5 | 3 |
| | | | Repreensão na presença dos clientes | 2 | 0 |
| | | | Exigências maiores do que aos colegas | 1 | 1 |
| | | | Repreensão na presença de colegas e enfermeiros do serviço | 0 | 1 |
| | | Estar a ser observado | | 2 | 3 |
| | | Estar a ser avaliado | | 3 | 1 |
| | | Indisponibilidade | | 3 | 1 |
| | | Mudança de supervisor | | 0 | 2 |
| | | Ausência | | 1 | 0 |
| Sub-total | | | | 17 | 12 |
| Relacionados com o contexto do serviço | | Situação inesperada | | 7 | 1 |
| | | Falta de atenção | Do enfermeiro do serviço | 4 | 2 |
| | | | Da equipa do serviço | 1 | 0 |
| | | Sobreposição de tarefas | | 2 | 4 |
| | | Organização das actividades | | 0 | 2 |
| | | Falta de preparação adequada para a alta | | 1 | 0 |
| | | Aviso de ser cliente difícil | | 1 | 0 |
| | | Preparação de material por outra pessoa | | 0 | 1 |
| | | Falta de comunicação na equipa | | 0 | 1 |
| Sub-total | | | | 16 | 11 |
| Relacionados com o contexto de ensino/aprendizagem vigente na ESEnfPD | | Preparação escolar | Desadequada | 1 | 1 |
| | | | Inexistente | 1 | 0 |
| | | Falta de práticas laboratoriais | | 1 | 1 |
| | | Efeito de Pigmaleão | | 1 | 0 |
| | | Duração prolongada da aprendizagem clínica | | 1 | 0 |
| Sub-total | | | | 5 | 2 |
| Relacionados com o cliente | | Comportamento | | 2 | 0 |
| | | Ausência de alterações | | 1 | 0 |
| | | Morte iminente | | 1 | 0 |
| | | Reacção aos cuidados | | 1 | 0 |
| Sub-total | | | | 5 | 0 |
| Relacionados com os colegas | | Presença | | 2 | 0 |
| Sub-total | | | | 2 | 0 |
| Total da Categoria | | | | 138 | 79 |

Os contributos de âmbito cognitivo têm mais referências a falta de atenção que se manifestou em sete unidades de análise do 2º ano e seis do 4º ano.

“(…) na altura que o fiz foi com convicção do que estava a fazer era o correcto. Não me dei mesmo conta.” E2-22: L44-46

Koren et al. (2007) reconhecem que distrações por parte dos estudantes os levam a cometer erros. Os estudantes de enfermagem nas suas fases iniciais de aprendizagem são principiantes e, como tal, centram-se na tarefa, pelo que o seu comportamento é

tipicamente limitado e rígido (Benner, 1984). Têm também dificuldade de integrar o que aprenderam em sala de aula com a situação e, assim, podem nem prestar atenção ao que depende do contexto.

A ambientação ao serviço foi encontrada num total de nove unidades de análise, sendo uma do 2º ano relativa a *integração*

“(...) já foi numa fase do estágio mais à frente, já estava mais familiarizada com o serviço, com as práticas que estavam a suceder (...) acho que acrescenta autonomia. Acho que levaram e a uma certa altura uma pessoa sente-se mais confiante e abre um pouco a guarda e acaba por dar azo a erro e deu!” E2-7: L64-66; 67-69

Enquanto duas do 2º ano e seis do 4º ano se referiam a *não integração*.

“Pela expectativa, o medo do desconhecido... não saber como é a personalidade do orientador e o tipo de relações existente entre os enfermeiros (...) Em saber como funcionará aquele serviço, como são as relações interpessoais (...)” E4-34: L27-29; 37-38

“Foi ser a primeira semana (...) [encontrava-me] perdida! Mas principalmente a inadaptação às especificidades do serviço, nomeadamente dar resposta às necessidades de um grande número de doentes num curto espaço de tempo.” E4-38: L40; 41-43

A ambientação ao serviço não tem a ver só com auto-confiança, mas também com rotinização, resultante do facto do estudante se sentir integrado. Ora, esta circunstância pode ter o efeito indesejado dos indivíduos deixarem de se questionar, de prestar atenção, reagindo do mesmo modo a situações que necessitam de adaptação discriminativa (Bandura, 1997). A ambientação por não integração, explica-se pelo facto dos estudantes serem supervisionados, no 4º ano por supervisores clínicos e os supervisores pedagógicos nem sempre estarem presentes. Mais do que nunca, é exigido ao estudante um desempenho muito idêntico ao que será o seu futuro profissional e é importantíssimo estar integrado na equipa para desenvolver conhecimentos e competências em segurança e com sucesso (Jeffreys, 2004; Longarito, 2002; Rua, 2011).

A falta de conhecimentos manifestou-se em sete unidades de análise do 2º ano e uma do 4º ano.

“(...) a gente pensa que sabe tudo e não sabe. (...) não sabia os cuidados (...). E eu não sabia que quando o doente se levantava da cama se tinha de clampar o dreno. (...) eu não estava preparado.” E2-14: L12; 17-18; 40

A falta de estudo, foi reconhecida apenas no 2º ano com quatro unidades de análise.

“Eu não investi no estudo quanto devia tê-lo feito. Por exemplo, a nível da medicação.” E2-3: L147-148

A falta de conhecimentos esteve, também, na génese do erro no estudo de Koren et al. (2007), tratando-se, segundo Martin (2008), de uma causa comumente apontada por estudantes de enfermagem. Este mesmo factor foi identificado por 47.4% dos enfermeiros e 50% dos docentes num estudo de Longarito (2002). A situação merece atenção porque a qualidade dos cuidados, o raciocínio crítico e a reflexão não sucedem no vácuo, têm de se alicerçar em conhecimentos.

Não encontramos dados que corroborem o endosso do motivo de falta de estudo mas consideramos que se relaciona com o anterior. Porém, enquanto a falta de estudo tenderá a levar à falta de conhecimentos, nem sempre este déficit é por ausência de estudo. A este respeito, Simmons (2006) reconhece que muitos estudantes entram no ensino pós-secundário não apenas com falta de conhecimentos mas sem saber como estudar eficazmente. Há falta de evidência empírica sobre a falta de conhecimentos e de estudo dos estudantes de enfermagem e não encontramos substrato neste sentido. Simultaneamente, é indispensável atender a que os estudantes desenvolvem a aprendizagem clínica para efectivamente aprenderem e não para demonstrarem que já sabem (Abreu, 2007). Depois, o conhecimento prático desenvolve-se com o tempo (Benner, 1984) e é no contexto clínico que o estudante compreende determinados conhecimentos teóricos (Simões et al., 2008). Posto isto, questionamos: será que os estudantes têm mesmo falta de conhecimentos? Que tipo de conhecimentos? Como se diagnosticaram essas lacunas?

Contributos relativos à organização das actividades surgem em duas unidades de análise do 2º ano e cinco do 4º ano,

“Em primeiro lugar, [a falta de] trazer todo o material primeiro para junto do utente e no caso das imobilizações, mesmo que o utente esteja aparentemente orientado, retirá-lo e permanecer alguns momentos com o utente a fim de avaliar a situação.” E4-34: L63-66

Em duas unidades de análise do 2º ano é apontada a dificuldade na gestão do tempo.

“Porque o meu grande problema foi o tempo (...). Nada era da maneira que eu queria. Era o tempo que não dava para o que eu queria (...). Era pouco tempo para o que eu queria. Tinha de gerir bem o tempo.” E2-5: L186; 188-189; 193

Os problemas na organização das actividades dificultam uma actuação segura e a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade (Martin, 2008). Por outro lado, o tempo é um factor associado ao erro. Quando existe apenas um minuto para a execução de uma tarefa, a possibilidade de erro é de quase 100%. Se é de 5 minutos, essa possibilidade reduz-se para 90%, passando para 10% e 1% quando é, respectivamente, de 20 minutos e 30 minutos. Estes dados, avançados por Diz e Gomes (2008) referem-se ao tempo disponível para um diagnóstico mas ilustram bem o impacto do factor temporal. Aliás, a sua importância para o sucesso na aprendizagem clínica encontra, também, suporte adequado na literatura de pesquisa (Fonseca, 2006; Higginson, 2006; Martin, 2008).

A identificação de problemas no cliente está presente em cinco unidades de análise do 2º ano.

“(...) o Sr. podia sentir-se intimidado comigo no duche (...). E era o bem do doente que estava em causa.” E2-26: L57-58; 113-114

A in experiência dos estudantes dificulta-lhes a identificação acertada de problemas e, ao detectarem o que consideraram ser um problema, não conseguiram tomar decisões sobre os cuidados a dispensar. A tomada de decisão está intrinsecamente relacionada com a actuação dos enfermeiros, a começar na formação inicial (Martin, 1991). Reilly e Obermann (1999) reiteram esta conclusão e consideram que o estudante deve ser guiado no desenvolvimento desta capacidade com pistas de reflexão como: Que avaliação faz da situação? Identifique três cursos de actuação que possam ser tomados; Descreva as possíveis consequências de cada um; Qual o que escolheria e porquê? Campbell (2008) descreve o processo de desenvolvimento de capacidade de tomada de decisão, que radica numa maior ligação aos clientes, e em cuja primeira etapa o estudante se sente próximo das pessoas a quem presta cuidados, no conhecimento ou rigor das percepções que possibilitam a interpretação correcta para um diagnóstico de enfermagem (envolvendo aspectos cognitivos e emocionais), no sentimento de realização decorrente da circunstância dos estudantes se sentirem úteis e necessários ao cliente (pois sentem-se fortalecidos ao procurarem ajudar as pessoas a quem prestam cuidados), na frustração, quando se depara com obstáculos por parte de outras pessoas, incluindo o cliente, que impedem a consecução dos objectivos da prestação de cuidados e na ansiedade, quando sente remorso ou incapacidade de ajudar o cliente.

O excesso de auto-confiança surge em três unidades de análise do 2º ano e uma do 4º ano.

“Foi o meu demasiado à-vontade pois há dias que administrava esta medicação (...) e eu me sentia à vontade para estar sozinho (...)” E2-14: L127-128; 130

O excesso de auto-confiança reflecte um desequilíbrio de calibração com forte impacto nos cuidados de enfermagem. Neste caso, o excesso de confiança não está necessariamente associado à experiência clínica mas à adequação de julgamento das próprias capacidades que são essenciais numa profissão em que se lida continuamente com a incerteza. Quando existe excesso de auto-confiança tende-se a prestar menos atenção a pormenores essenciais (Yang & Thompson, 2010), sendo a sua prevalência uma importante causa de erros na prestação de cuidados médicos (Graber, 2005; Graber, Franklin & Gordon, 2005).

Hábitos pessoais, num total de três unidades de análise do 2º ano referem-se a *não fazer a cama, a conversar e a não ler nem escrever*.

O hábito, apesar de poder apresentar uma leitura estritamente comportamental, refere-se a uma disposição ou conjunto de valores, expectativas e normas que caracterizam um indivíduo (Gibbons et al., 2007). Tavares e Alarcão (2005), de acordo com Bruner (1966), conceptualizam-no como “(...) um esquema de acção que nasce na acção, a guia e lhe serve de suporte” (p. 74). Nos casos em apreço, os estudantes perceberam que os seus hábitos guiaram e apoiaram a ocorrência do erro.

Houve contributos pela confiança nos enfermeiros do serviço, expressos numa unidade de análise do 2º ano e duas do 4º ano.

“Talvez a minha confiança nos profissionais de saúde que lá trabalham, pensando que eles devem estar sempre certos (...). Deduzindo que essas pessoas sabem mais.” E4-28: L50-52; 67

Duas unidades de análise do 2º ano e uma do 4º ano referem-se a seguir modelo dos enfermeiros.

“Porque na minha cabeça era o que mais se via a acontecer no hospital [colocar a medicação sobre a mesa de cabeceira do cliente].” E2-19: L133-134

Estes resultados confirmam o princípio dos enfermeiros do serviço serem os modelos dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica. Estes últimos incorporam

algumas das características e traços específicos dos primeiros, ao tentarem imitá-los (Chubon & Emihovich, 1984). Segundo Martin (2008), muito do que os estudantes aprendem resulta das interações com os enfermeiros mais experientes, que lhes transmitem conhecimentos e mostram como prestar cuidados. Logo, a aprendizagem por modelagem, como descrita por Bandura (1985, 1997), é uma característica desta formação (Carvalho, 2002; Lafuente, 1991; Nelms, Jones & Grey, 1993; Rau, 1974; Santos, 1995). Daí, os eventuais riscos que advêm, em contexto clínico, da incorporação de modelos não identificados com as boas práticas (Abreu, 2003), que os estudantes nem sempre revelam a capacidade de discriminar (Reilly & Obermann, 1999). Consequentemente, isto alerta-nos para um facto muito pertinente: podem existir práticas adoptadas pelos profissionais que contrariem as normas e os protocolos de segurança em que o estudante não consiga discernir a adaptação subjacente, generalizando para todos os actos semelhantes. Por exemplo, a um cliente que esteja consciente e que seja independente, é possível que o enfermeiro deixe a medicação na mesa-de-cabeceira para que a tome depois de uma refeição, porque sabe que a pessoa é perfeitamente capaz de o fazer. Porém, um estudante, principiante na prestação de cuidados de enfermagem, que se rege por normas e padrões (Benner, 1984), tenderá a generalizar e, como os enfermeiros são os seus modelos de desempenho, a mensagem que retém pode não apenas gerar-lhe confusão mas induzir em erro. Portanto, é indispensável que os enfermeiros dos serviços estejam cientes do seu papel de modelo para com os estudantes. Finalmente, também é verdade que os serviços nem sempre possuem os modelos de melhores práticas, o que introduz implicações para a escolha dos serviços e para a selecção dos supervisores clínicos.

A conciliação com a vida pessoal manifesta-se em duas unidades de análise do 2º ano.

“(...) depois ainda por cima acontecimentos pessoais paralelos (...). Tenho as minhas razões. Ou era uma coisa ou era outra. Não podia ter o melhor dos dois mundos.” E2-2: L96; 100-101

Este resultado é consistente com os estudos de Beck e Srivastava (1981) e Gibbons et al. (2007, 2009) que referem dificuldades na conciliação da vida académica com a pessoal, as quais afectam o desempenho em aprendizagem clínica.

Existe o reconhecimento de falta de responsabilidade em duas unidades de análise do 2º ano.

“(...) por falta de responsabilidade e não ter perguntado se o robe era da cliente ou do hospital (...) a falta de responsabilidade (...)” E2-27: L37-38; 112

Os supervisores clínicos entendem que a falta de responsabilidade conduz ao erro (Martin, 2008). Brown et al. (2007) consideram que, não obstante os vários factores intervenientes no erro, os estudantes têm a responsabilidade de uma prática segura.

Duas unidades de análise de estudantes do 4º ano referem a percepção de maior responsabilidade por ser o último ensino clínico.

“(...) principalmente, por ter sido o último estágio, a responsabilidade é muito maior. (...) é a ultima oportunidade que temos para aprender enquanto alunos e na qual temos alguém a nos orientar a partir de agora estamos por nossa conta e risco.” E4-34: L29-30; 32-34

A percepção de maior responsabilidade teve a ver com o final do curso que seria daí a poucas semanas. Por outro lado, o estudante em aprendizagem clínica não é um enfermeiro do serviço e, na sua condição de quem aprende, tem falta de perícia e demora mais tempo em cada actividade e procedimento que um profissional. No endoss a este contributo, os estudantes manifestaram como a referida responsabilidade lhes impõe desequilíbrio que não conseguiram controlar acabando por errar.

Houve dúvidas quanto à sua autonomia por parte de um estudante do 2º ano que verbaliza o seguinte:

“No primeiro mês a professora disse-nos que estávamos muito parados e devíamos fazer mais (...). Fomos para começar mas tínhamos de ser acompanhados. Ou seja, tínhamos autonomia para procurar mas depois não podíamos fazer o que procurámos. Ficámos sempre na dúvida: podemos ou não? (...) Ficamos sem saber se podemos ter autonomia ou não.” E2-4: L289-290; 292-295; 301-302

Já d’Espiney (1997) reconhecia que é conferida pouca autonomia e iniciativa aos estudantes de enfermagem durante a aprendizagem clínica. Mais de uma década depois, os resultados do presente estudo parecem continuar a comprová-lo, confirmando neste mesmo particular os de Schutt (2009).

Um estudante do 2º ano reconheceu que a ausência de confirmação contribuiu para um erro que cometeu.

“Como era metadinha vinha num invólucro diferente. Pronto, aquilo na altura... eu não me lembrei de perguntar à orientadora.” E2-6: L31-32

A administração de terapêutica e outros procedimentos de enfermagem exigem a confirmação repetida e criteriosa, sendo a “regra dos cinco certos” imprescindível para a medicação (doente certo; horário certo; medicamento certo; dose certa; via certa). Este protocolo é reconhecido por 84.6% dos enfermeiros inquiridos por Diz e Gomes (2008) como uma forma de reduzir os erros de administração de medicação e está descrito nos manuais e estudos sobre o tema, como o de Page e McKinney (2007) e o de Lobo (2008). Logo, a ausência de confirmação referida infirma a prática estabelecida nos protocolos e contraria o que está estabelecido, conduzindo, como no caso em análise, à ocorrência de erro.

Outro participante do 2º ano entendeu que a percepção de estar em desvantagem relativamente aos colegas contribuiu para um erro cometido.

“(...) sabia que estava em desvantagem em relação aos colegas (...)” E2-16: L48-49

Este estudante esteve noutra contexto clínico e chegou depois dos colegas, o que sucede com frequência devido a constrangimentos de planeamento ocasionados pelo elevado número de estudantes que demandam os serviços disponíveis, condicionando a permanência simultânea num único serviço. Não encontramos dados que confirmem esta influência na ocorrência de erro mas de como se relaciona com o locus de controlo (Mert, Kizilci, Ugur, Uççikguçlu & Segzin, 2012), ou seja, dos estudantes com locus de controlo mais externo tenderem a sentir-se em desvantagem.

Os **contributos relacionados consigo próprio** de âmbito afectivo incluem três subcategorias, nomeadamente stress, medo e desejo. Mais de metade das unidades de análise referem-se a stress. Analisámos esta subcategoria de acordo com a classificação proposta por McKay (1978): experiências clínicas; motivos pessoais; motivos académicos. São as *experiências clínicas* que se reflectem na maioria das unidades de análise enquanto contributo para o erro, mais especificamente dez do segundo ano e seis do 4º ano.

“Quando chegou ao momento de fazer o penso estava bastante ansiosa com a situação (...)” E2-17: L44-45; 51

O stress por motivos académicos é o seguinte em ordem decrescente de unidades de análise, por três estudantes de cada ano.

“(...) algum nervosismo inerente aos primeiros dias de estágio.” E4-34: L24-25

O stress *por motivos pessoais* foi o menos referido, apenas por um estudante de cada ano.

“Mas também penso que isso tudo foi um acumular de sentimentos ao longo do estágio (...) (como disse foi o acumular de sentimentos e stress).” E2-16: L15-16

Os factores identificáveis no stress provocado por experiência clínicas (rigor técnico, emergência e concomitância de solicitações) são reconhecidos por Garret et al. (1976) e por Gibbons et al. (2007; 2009) como principais fontes de stress nos estudantes de enfermagem e nos enfermeiros.

Os motivos aqui representados, de natureza pessoal e académica, são, igualmente, reconhecidos por vários autores (Edwards et al., 2010; Garret et al., 1976, Gibbons et al., 2007, 2009; Seyedfatemi et al., 2007) como geradores de stress nos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica. Destes factores fazem parte: medo de errar; morte e sofrimento dos clientes; ser repreendido na presença dos clientes ou de outros profissionais; conflitos com os supervisores e com o pessoal dos serviços; dificuldades económicas; sobrecarga de trabalhos académicos (Edwards et al., 2010); insegurança com a sua competência clínica; percepção de falta de perícia; dificuldades na relação com os clientes; pressão para desenvolver as actividades num determinado período de tempo; falta de tempo livre; preocupações com o futuro da sua carreira (Gibbons et al., 2007, 2009).

O medo está representado com um total de 16 unidades de análise, 10 do 2º ano e seis do 4º ano.

O medo de errar é um contributo exposto em seis unidades de análise do 2º ano e quatro do 4º ano.

“(...) e o facto de querer não errar e fazer tudo direito (...) o medo de falhar (...)” E2-24: L13; 5-55

O medo de reprovar apresenta-se em duas unidades de análise do 2º ano e uma do 4º ano.

“Primeiro pensei que nunca ia conseguir acabar o estágio.” E2-17: L50

Por sua vez, o medo de causar dano ao cliente é exposto em duas unidades de análise do 2º ano e uma do 4º ano.

“[Medo de errar] não pelo embaraço causado mas pelo dano que esse erro pudesse causar ao doente.” E4-30: L68-69

Paradoxalmente, o medo de errar provoca erro porque desencadeia níveis elevados de stress que, por sua vez, influenciam a ocorrência dos eventos (Edwards et al., 2010; Gibbons et al., 2007, 2009; Jones & Johnston, 1997; Kushnir, 1986; Lindop & Ed, 1999; Prymachuck & Richards, 2007). Neste estudo, o medo de reprovar foi a primeira situação indicada como geradora de stress antes da aprendizagem clínica e a terceira após a mesma (Anexo U).

O medo de errar e causar dano encontra-se na investigação de Rua (2011), principalmente nas primeiras experiências clínicas. Também está associado aos factores geradores de stress nos estudos de Jones e Johnston (1997), que o identificou como muito frequente e no de Santos et al. (2007), com o mesmo receio por parte de enfermeiros.

Por sua vez, o desejo detém um total de seis unidades de análise, três de cada ano, em que o *de sucesso na técnica* foi manifestado também por um estudante de cada ano.

“Se calhar a expectativa e a vontade de conseguir fazer (...). Porque até àquele momento nunca tinha falhado na realização das outras técnicas (...) era importante porque queria passar pelo 2º ano sabendo que havia praticado as técnicas que aprendemos.” E2-25: L40-41; 43-45

O desejo de não atrasar os cuidados surge em duas unidades de análise do 4º ano.

“O facto de já estar atrasada relativamente a outros dias (...) porque não queria atrasar mais ainda o serviço (...)” E4-35: L32; 39

Já o desejo de agradar surgiu nas palavras de um estudante do 2º ano.

“Uma pessoa quer ser prestável. É isso, uma pessoa quer ser prestável, ajudar, pensa que está a fazer uma boa acção (...). É uma no cravo e outra na ferradura. Tentar agradar a gregos e a troianos (...). O querer ser prestável. Uma pessoa está a chegar a um serviço novo, não estamos familiarizados com os cuidados a serem prestados, com as rotinas do serviço, queremos ser simpáticos e fazer boa figura.” E2-7: L136-137; 210-211; 398-400

Enquanto o desejo de uma boa classificação foi indicado por um participante do 2º ano.

“É que a opinião da equipa influencia a nossa nota no final. Eu tenho a certeza de que a equipa falava dos estagiários.” E2-7: L400-402

Os estudantes atribuem importância às técnicas e procedimentos e, portanto, desejam que corra bem pois é igualmente valorizado pelos supervisores (Rua, 2011).

Ao desejarem não atrasar os cuidados, os participantes têm subjacente as competências a desenvolver no 4º ano, que implicam mais autonomia mas, reiteramos, o estudante continua a deter o estatuto de quem aprende e, tal como Karayurt e Dicle (2008), defendemos que necessita de apoio na transição para a profissão. Os autores associam esta responsabilidade ao aumento da internalidade durante o curso. Apesar de não encontrarmos evidência directa deste anseio na literatura, aportamos a sua explicação ao desejo de actuar com desenvoltura e rapidez. Porém, como já demonstrámos, a gestão do tempo é importante para evitar erros.

O desejo de agradar corresponde à posição mais imatura no continuum de maturidade do estudante descrito por Bevis (2005), no qual, ainda que inconscientemente, o indivíduo utiliza a manipulação e a sedução para conseguir atenção e aprovação. Considerámos pertinente verificar o perfil do participante que indicou este contributo segundo as variáveis estudadas antes da aprendizagem clínica e verificámos que, no que se refere ao locus de controlo, o seu score situava-se acima da mediana (i.e., tendência para a externalidade), a percepção de auto-eficácia generalizada era a nível da mediana, o desenvolvimento moral no estágio 4 e os níveis de stress acima da mediana. Temos então um estudante que se situa num nível convencional de desenvolvimento moral, com níveis de stress tendendo para o elevado, locus de controlo a tender para a externalidade e percepção de auto-eficácia mediana. Ainda que não exista paralelismo estudado entre estes constructos e o continuum de maturidade do estudante supra referido, entendemos que se trata de um indivíduo que se situa numa parte imatura do continuum (Anexo B).

Desejar uma boa classificação é exemplo de como esta influencia a aprendizagem devido ao seu poder, porquanto “[desencadeia] sentimento de valorização, de realização e orgulho – ou, por outro lado, [pode] evocar desvalorização (...)” (Bevis, 2005, p. 333). Reilley e Obermann (1999) referem-se à classificação como um factor motivacional.

Nos **contributos relacionados consigo próprio** de âmbito físico houve mais unidades de análise a indicarem a falta de experiência, sendo 12 do 2º ano e seis do 4º ano.

“(...) porque não me sentia à vontade (...) e também porque foi a primeira experiência e eu não estava familiarizada ainda com aquele matéria (...) não estar familiarizada com a algália (...)”E2-11: L20; 110-111; 115

“A insegurança (...) infelizmente cheguei a este estágio final sem nunca ter realizado uma algáliação (...)”E4-31: L73; 73-74

O cansaço está presente em quatro unidades de análise do 2º ano.

“E agravou-se um pouco mais por causa do cansaço. (...) não tinha dormido. (...) não ter dormido.” E2-8: L30; 38; 91

E a falta de destreza manifesta-se em duas unidades de análise do 2º ano e três do 4º ano.

“(...) levei muito tempo a habituar-me com as pinças e os campos.” E4-33: L124-125

Os registos em apreço, relativos à falta de experiência, revelam claramente que estudantes são inexperientes porque estão a aprender: “não nos podemos esquecer que o actual plano de estudos não se refere a estágios. São ensinos clínicos. O formando vai para lá para aprender e não para demonstrar que já sabe” (Carvalho, 2005, p. 187). É no ensino clínico que o estudante aprende pela experiência concreta, a prestar cuidados de enfermagem (Berman, 2006; Carvalho, 2005; Evans et al., 1998; Martin, 2008; Reillan & Obermann, 1999; Simões et al., 2008).

Para os estudantes, a destreza, adquirida através da prática concreta, é geradora de entusiasmo mas, como nos sugere o relato do estudante, a sua falta pode ser um factor inibidor de desempenho, por medo de lesar o cliente (Wilson, 1994). Se atendermos ao verificado por Carvalho (2004), de que os docentes e os enfermeiros valorizam mais a vertente técnica da prestação de cuidados, compreendemos as razões dos estudantes (Rua, 2011).

O cansaço, enquanto contributo pelos erros ocorridos, reflecte-se nas preocupações de Rella, Windood e Lushington (2009), que, ao desenvolverem um estudo que procurava verificar a existência de fadiga/stress e burnout nos estudantes de enfermagem, concluíram, de forma concordante com o relato anterior, que o cansaço pode comprometer a aprendizagem clínica.

Finalmente, nos **contributos relacionados consigo próprio**, surgem os de âmbito relacional apenas em estudantes do 2º ano, com uma unidade de análise cada. Existiu dificuldade na relação terapêutica com o cliente por parte de um estudante.

“(...) não conhecia o cliente nem tinha uma relação estabelecida com ele para prestar-lhe cuidados (...)”E2-16: L47-48

E dificuldade na relação com colega.

“[não me e estava dando muito bem com um colega de estagio] (...) estava muito stressada com esse colega (...)”E2-17: L105-106; 110

Também houve pedido de ajuda a colega com falta de conhecimentos.

“(...) ter pedido ajuda à colega e ela também não sabia (...)”E2-24: L141-142

E dificuldade de comunicação com o cliente.

“Porque eu deveria ter insistido mais para estar presente no momento do banho (...) eu optei por respeitar a sua privacidade porque ele se sentia desconfortável com a minha presença. (...) mas, por vezes, pela grande diferença de idades e por eu ainda ter 19 anos, às vezes uma pessoa tem medo de não ser credível.” E2-11: L41-42; 44-46; 98-100

A dificuldade na relação terapêutica foi encontrada, também, por Gould e Masters (2004) num estudo sobre incidentes críticos relatados por estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica de saúde mental, em que expuseram a sua dificuldade de fazer a transição de uma relação social para uma relação terapêutica. A dificuldade na relação com colega confirma as dificuldades com os pares que a literatura de pesquisa refere como sendo um poderoso factor de sofrimento e até de desistência do curso de enfermagem (Sherrod & Harrison 1994). Martin (2008) e McGregor (2005), confirmam que, frequentemente, o estudante opta por recorrer aos pares, em vez de solicitar a ajuda do supervisor e é frequente o par da turma, ou do grupo, não ser o recurso adequado.

As competências de comunicação desenvolvem-se ao longo do curso e, portanto, é natural que esta dificuldade seja apenas apontada no 2º ano. Segundo Rua (2011), as dificuldades de comunicação e a sua inadequação em relação ao cliente, dependem não só do estado de saúde deste, mas, também, da idade e experiência dos estudantes, que, conforme sugerido, será necessariamente menor a meio do curso do que no final.

Os contributos **relacionados com os supervisores** estão representados em segundo lugar, destacando-se problemas na relação com o supervisor por serem *geradores de medo*, presente em cinco unidades de análise do 2º ano e três do 4º ano.

“Vais levar na cabeça’ e assim e assado (...). Mas se a professora dizia ‘Devias ter visto isto’ ou ‘Devias ter visto isto, isto já não pode falhar?’ Eu já ficava um bocadinho triste! (...) eu andava sempre desanimada. Quando mais depressa o dia acabasse, menos possibilidade de eu ter um erro ou uma coisa grave (...). Porque tinha medo de dizer e não estar certo (...). Por isso, pela insegurança, por não ter a certeza.” E2-5: L94-95; 97-98; 124-126; 159-160; 161; 163

Os problemas na relação com o supervisor manifestaram-se também por este proceder a *repreensão na presença dos clientes*, segundo duas unidades de análise do 2º ano.

“Eu cheguei a ser repreendido [pelo supervisor] em frente aos clientes...” E2-32: L50-51

Dois estudantes, um de cada ano, consideraram que os supervisores contribuíram para os erros por lhes fazerem *exigências maiores do que aos colegas*.

“E fui submetido àquela pressã (...). Ao longo do estágio foi aumentando. Fui à psiquiatria, depois quando voltei. Mesmo comparando com o ano anterior. Questionava-me mais, estava mais em cima e eu notava as questões que eram colocadas a mim e aos meus colegas. E comecei a ficar ‘Porque será? Será que não está a correr bem?’ E chegaram a dizer que realmente era assim (...). Exactamente. Andava mais em cima de mim, os outros diziam que não tinha tanta questão como eu (...). Depois fiquei ‘se calhar foi esta pressão’. É que se as perguntas fossem para todos, umas para mim, depois outras para outros, mas foram todas para mim (...). Depois fomos para almoço e voltámos e a professora voltou a perguntar e depois a professora disse: ‘O que queres que eu faça com um aluno que não me responde a isto?’ E depois disse que ía tomar as suas decisões. Depois disso não estava capaz de responder ao resto das questões, não tinha cabeça de responder (...). E é colocar o aluno em causa à frente dos clientes. Que aconteceu.” E2-4: L87-88; 89-93; 96-97; 192-194; 195-199; 159-160

A relação com o supervisor foi entendida como um contributo para os erros cometidos quando *repreendia na presença de colegas e enfermeiros do serviço* pelo seguinte participante.

“A forma da orientadora lidar comigo era horrível. Ela era ríspida comigo e chegou mesmo a humilhar-me à frente de elementos da equipa no serviço.” E4-37: L67-69

O receio dos estudantes em relação aos supervisores, clínicos ou pedagógicos, está documentado na literatura de pesquisa (Santos, 1995; Simões et al. 2006). A relação na aprendizagem clínica não só não é boa, existindo problemas de comunicação, como a

convivência padece de constrangimentos prejudiciais ao ensino/aprendizagem. Esta situação afigura-se-nos preocupante visto que o apoio dos supervisores são um contributo para o sucesso do estudante (McGregor, 2005), devendo assentar numa relação de ajuda, preferencialmente, em práticas pedagógicas humanistas, que cuidem do estudante (Reilley & Obermann, 1999; Rua, 2011). Importa que este seja capaz de expressar os seus pensamentos, sentimentos e acções, de modo que o seu medo de errar seja verbalizado e desmistificado e, caso ocorra, possa ser superado através de uma abordagem construtiva (Agélii et al., 2000; Fonseca, 2006; Rua, 2011; Tavares & Alarcão, 2007).

A teoria transaccional de Watson (1985), sublinha a relação entre supervisor e supervisionado, que afecta também o cliente. O estudante atende à multiplicidade de dimensões e necessidades do cliente “(...) mas é igualmente uma pessoa com múltiplas dimensões e necessidades. Há uma transacção constante entre os dois. Só pode atender à pessoa alvo de cuidados atendendo igualmente a si próprio.” (Espada, 2005, p. 73). O supervisor (clínico e/ou pedagógico) apoia os dois e a si mesmo e, sendo também uma pessoa com múltiplas dimensões e necessidades, encontra-se em transacção com o estudante e com o cliente. Possui “(...) a dupla responsabilidade de cuidar de ambos e a consciência de que o estudante aprende a cuidar a partir dos gestos de cuidar de que é alvo. Desta forma, a formação é coerente com o cuidar das pessoas” (idem, p. 73) - supervisor, estudante e cliente. A relação entre os dois primeiros é facilitadora ou inibidora (Fonseca, 2006) e, neste caso, pode influenciar a ocorrência de erros (Simões et al., 2008).

Os motivos pelos quais um estudante sente que lhe são feitas mais exigências do que aos colegas podem ser vários que não estão no âmbito deste estudo. Porém, isso pode provocar opressão, a qual, segundo Bevis (2005), raramente é deliberada mas é mais ou menos subtil e culturalmente aceite no contexto académico.

Não encontrámos evidência empírica confirmatória do registo da dificuldade de relação com o supervisor por este repreender na presença dos clientes mas, uma vez que a relação entre o estudante e o supervisor afecta o cliente, entendemos que determinados comportamentos não se coadunam com a essência dos cuidados de enfermagem. É certo que há momentos em que o supervisor tem que agir e corrigir no momento, portanto, na presença do cliente, mas deve fazê-lo discreta e respeitosamente. Os clientes sabem que

se trata de um estudante e possivelmente apreciarão que a sua saúde e bem-estar sejam assegurados, ficam atentos aos conhecimentos que são transmitidos, e até participam, mas não se sentem bem quando o estudante é repreendido sem respeito pelas características da relação terapêutica/pedagógica. Santos (1995), na defesa de uma relação pedagógica humanista para a enfermagem, alerta para a necessidade de corrigir sem amesquinhar, com calma e com feedback imediato mas não na presença do cliente. O medo de embaraço em presença de outras pessoas é um dos apontados por Kushnir (1986) como causa de erro.

Estar a ser observado manifesta-se em duas unidades de análise do 2º ano e três do 4º ano.

“Eu não sei porquê mas eu não gosto de ser observada (...). Eu não gosto de ter ali pessoas ao pé de mim porque eu sinto-me ligada já não faço as coisas como deve ser. Eu faço as coisas bem é quando eu estou sozinha, sem ter ali gente a olhar para mim, a ver o que estou fazendo.” E4-10: L119-120; 120-123

E estar a ser avaliado, verificado em três unidades de análise do 2º ano e uma do 4º ano.

“(...) saber que estou a ser avaliada, é meio caminho andado para errar (...) ao saber que a Orientadora está atenta a tudo o que faço para avaliar (...) como [a pressão] psicológica da avaliação!” E2-13: L44-45; 47-48; 51

Tal como se constata nestes relatos, ser observado provoca stress no estudante (Kushnir, 1986; Reilley & Obermann, 1999) e inibe o seu desempenho (Kushnir, 1986; Rua, 2011). A literatura mostra-nos, ainda, que esses estados se acentuam quando quem observa é quem avalia (Kushnir, 1986; Rua, 2011). Ao sentir-se observado, o estudante sente-se avaliado mesmo que quem o observe não seja o supervisor que procederá à avaliação, pelo que, independentemente do observador, aumenta a possibilidade de errar (Kushnir, 1986).

A indisponibilidade do supervisor foi apontada por estudantes do 2º ano e do 4º ano, com três de análise comparativamente a uma.

“(...) como o orientador não estava disponível, então para que não houvesse erro de leitura do teste decidi fazê-lo.” E2-17: L26-27

Foi referida a ausência do supervisor por um estudante do 2º ano.

“Aconteceu [pelo supervisor] se ausentar sem nos informar e num momento crítico. Era a nossa primeira vez com a medicação e estávamos sem ninguém para

supervisionar. (...) a ausência dos orientadores nesse momento crítico (...) Deixaram-nos desamparados logo numa primeira vez (...)”E2-19: L146-149; 151; 172-173

Estes resultados exigem atenção pois, muito especialmente, os estudantes do 2º ano necessitam de apoio e supervisão (Karayurt & Dicle, 2008). Têm muitas potencialidades mas o seu desenvolvimento implica muita disponibilidade (Santos, 1995) que, para maior eficácia, deve cumprir o rácio supervisor/estudante de 1:8 (Portaria nº 231/2006, II série, de 18 de Janeiro) e em parceria com enfermeiros dos serviços (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Determinados procedimentos, consoante o estágio do estudante, exigem a presença constante do supervisor e, não obstante o anteriormente expresso, da sua presença poder contribuir para erros, a mesma evitará os graves. Desta forma, o estudante tem que se habituar à presença do supervisor porque a mesma é intrínseca à aprendizagem clínica com sucesso que não pode ocorrer de outro modo (Kushnir, 1986).

A mudança de supervisor constitui um contributo presente em duas unidades de análise do 4º ano.

“(...) aquando da troca de orientadora (...) e na altura quando reflecti sobre isso, senti que naquela semana estava mais ansiosa por estar com outra orientadora (...) pois não sabia o que ela iria esperar de mim, nem eu dela. (...) pelo facto de não a conhecer enquanto orientadora (...) por exemplo o modo como ela iria se relacionar comigo...ainda para mais foi um estágio tão longo e já estava habituada com a outra orientação (...) então surgiu a necessidade de me adaptar à outra enfermeira.” E4-40: L48-51; 64-68

Não encontrámos suporte teórico para este dado mas entendemos que há casos em que a mudança pode ser benéfica pois alguns estilos de supervisão podem ser mais adequados do que outros, levando o estudante a beneficiar da mudança. No caso de incompatibilidade, é indispensável, visto não estarem criadas as condições pedagógicas e de aprendizagem sempre que exista mal-estar, medo ou qualquer outro factor consequente dessa desarmonia. Defendemos que, sempre que possível, a supervisão deve manter-se com o mesmo profissional para facilitar a adaptação e a relação pedagógica.

Foram indicados contributos **relacionados com o contexto do serviço**, evidenciando-se a situação inesperada apontada maioritariamente por estudantes do 2º ano, com sete unidades de análise e uma do 4º ano.

“Outra das razões foi ter de preparar novamente a medicação, nunca tinha acontecido. Já foi uma situação nova para mim (...). E as outras é quando são coisas novas, quando tem coisas novas.” E4-10: L41-42; 124-125

Como evidenciam alguns estudos, numa situação inesperada os estudantes apresentam níveis elevados de stress, pelo que estas ocasiões devem ser acompanhadas pelo supervisor, de modo a guiar e a facilitar a compreensão, evitando acidentes e erros – um imperativo ético (Thorkildsen & Råholm, 2010).

A falta de atenção por parte *do enfermeiro do serviço* manifesta-se em quatro unidades de análise do 2º ano e duas do 4º ano.

“A Enf. que administrou a medicação não confirmou ou esqueceu-se se estava o soro a correr direito (...)” E2-20: L93-94

A falta de atenção também adveio *da equipa do serviço* segundo um estudante do 2º ano.

“O turno da noite é que devia ter feito (...). Sem dúvida!” E2-16: L47-48

Pedagogicamente, o supervisor é co-responsável pelo pleno desenvolvimento do estudante (Melo, 2005) e, clinicamente, pela segurança e bem-estar do cliente. A responsabilidade da prestação de cuidados pelo estudante, em última instância, é do supervisor clínico. No que concerne à terapêutica, o Parecer CJ 67/2003, declara: “Os Estudantes de Enfermagem *nunca* podem assinar a folha de administração de terapêutica *em substituição* do Enfermeiro responsável do doente” (Ordem dos Enfermeiros, 2003). Assim o entende também Starr (2010), para quem a responsabilidade do enfermeiro se encontra imediatamente estabelecida devido à que detém nos cuidados pelos quais é responsável e devido ao seu papel de supervisor clínico. Além disso, a responsabilidade dos erros é das instituições, formadora e de saúde (Carvalho, 2005), dos docentes e dos enfermeiros a quem cabe a promoção de práticas seguras e de qualidade (Abreu, 2003; Fonseca, 2006). É imperativo estar ciente desta realidade, quer para a segurança do cliente, quer para o desenvolvimento de competências profissionais e pessoais do estudante.

A sobreposição de tarefas detem mais unidades de análise do 4º ano, quatro, comparativamente a duas do 2º ano.

“(...) tive tanto trabalho, parece que estava tudo à espera, fui à fisioterapia, atrasou, depois já estava a passar a hora de avaliar a glicemia e administrar a insulina, foi tudo muito em cima. (...) tive um dia muito cheio.” E2-4: L73-76; 227

“Existe ainda o facto de dar uma grande quantidade de medicação de uma só vez a cada um. (...) por vezes, um doente tomava 4 a 5 medicamentos ou mais de uma só vez. (...) uns por via oral, outros endovenosa e até subcutânea. (...) mas no meio da confusão toda e daquela rotina a que eu não estava habituada, surgiu esse erro!” E4-38: L43-44; 46-47; 50; 57-59

A organização das actividades verifica-se em duas unidades de análise do 4º ano.

“O facto de vir apenas escrito na seringa o nº da cama se tivesse o nome, mais dificilmente acontecia.” E4-41: L228-229

Um estudante do 4º ano apontou a preparação de material por outra pessoa.

“Então confiei plenamente na pessoa que me disse que tinha o material todo.” E4-28: L25-26

Tarefas simultâneas provocam falta de tempo, perda de controlo e, consequentemente, stress (Gibbons et al, 2007; Shipton, 2002). A aprendizagem realiza-se por tarefas que implicam conhecimentos, atitudes, tomada de decisão, capacidades motoras, cognitivas, linguísticas e de relacionamento social (Tavares & Alarcão, 2005). Nos cuidados de enfermagem, em geral, e nos exemplos aqui em evidência, o estudante desempenha todas essas tarefas; portanto, de forma consistente com a literatura, também no presente estudo a multiplicação das tarefas produziu confusão e aumentou o risco de erro. No caso da organização das actividades houve uma violação da regra dos “cinco certos”. Ademais, a violação de outra, de não administrar o que não preparou. Um contributo do mesmo âmbito é ter havido material preparado por outra pessoa. A este respeito, é imprescindível aprender, desde a formação inicial, a delegar, o que implica, entre outros aspectos, ter em conta a formação da pessoa em quem se delega e o grau de dependência do cliente (REPE, art. 10º, Decreto - Lei 161/96 de 4 de Setembro). Simultaneamente, de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro (1998), este profissional “deve garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das actividades que delegar, assumindo a responsabilidade dos mesmos” (Decreto Lei nº 104/98, alinea e., artº 88º). Lobo (2008) encontrou também alusões a erros de medicação devido à preparação por um enfermeiro e administração por outro, o que é uma falha grosseira e potenciadora de graves erros de medicação.

Segundo um estudante do 2º ano, um contributo foi o aviso de ser cliente difícil.

“(...) o facto de me terem alertado de que não era um cliente fácil (...)” E2-16: L47-48

O conceito de cliente difícil não é recente; começou a discutir-se na literatura psiquiátrica desde Freud e, tem vindo a aplicar-se aos que têm problemas de abuso de substâncias, padecem de doenças crónicas e são teimosos, manipuladores, sexualmente sedutores, dependentes de cuidadores, ou apresentam, em geral, comportamentos considerados perigosos (Laskowski, 2001). Atribuir um rótulo a um cliente é problemático porque o seu destinatário não tem capacidade de reacção ao passo que quem o atribui assume-o como uma certeza. Ora, quando os estudantes são confrontados com um cliente assim, o seu comportamento tende a ser desadequado porque geralmente não possuem a assertividade nem a maturidade necessárias a um juízo adequado e consequente acção (Reilly & Obermann, 1999). O medo na interacção com os clientes foi o observável que mais se destacou no estudo de Idczac (2007), que pretendeu compreender o significado das experiências de interacção entre estudantes de enfermagem e clientes. Por outro lado, Kushnir (1986) verificou que a mera presença destes últimos é uma fonte de stress, o que é também reconhecido por Beck e Serivastava (1991) e consta do BSSI, mas infirmado por Carvalho (2005), para quem as dificuldades de relacionamento dos estudantes com os clientes aconteceram “poucas vezes” em 60.0 % dos casos, ou “nunca aconteceram” em 14.8% dos casos.

A falta de preparação adequada para a alta foi um contributo percebido por um participante do 2º ano.

“Foi eu ver muitas vezes as pessoas irem para casa sem qualquer informação do que devem fazer. Não sabem minimamente o que fizeram no hospital e o que vão fazer para casa.” E2-4: L44-46

O estudante, ao identificar o que faltava ao cliente, agiu e errou. De novo, encontrámo-lo sozinho, ou seja, sem a presença do supervisor.

Um participante do 4º ano apontou a falta de comunicação em equipa.

“Não ter havido partilha de informação em relação à chegada do doente e transferência do outro.” E4-33: L49-50

Este é um erro da equipa que coloca o cliente em risco (Martin, 2008). Na formação de enfermeiros, a literatura aponta para a comunicação em equipa como condição *sine qua non* para a aquisição de competências e de valores (Morrison-Beedy, Aronowitz, Dyne

& Mkandawire, 2001), circunstância que se terá revelado deficitária, pelo menos na experiência do autor deste relato.

Outra categoria de contributos é “**relacionados com o contexto de ensino/aprendizagem vigente na ESEnfPD**”. Aqui, o mais denunciado, foi a preparação escolar por ser *desadequada*, na percepção de um estudante de cada ano e *inexistente* na de um do 2º ano.

“Se calhar nós quando estudamos, estudamos o mais complicado (...). Estudamos o mais difícil, o mais grave. Esquecemos outras situações (...). E apesar de estudar muito, é o que eu disse há bocadinho, nós estudamos o mais complicado e esquecemos o mais simples (...). Fazemos um estudo geral e focamos o mais complicado, focamos os problemas que saem nos testes aqui na Escola.” E2-18: L40-41; 43; 67-69; 70-72

“(...) porque não nos tinham dado teoricamente. (...) tinha sido dado na teoria apenas umas luzes do que era mas não os cuidados a ter.” E2-14: L12-13; 16-17

A desarticulação entre a teoria e a prática foi descrita e estudada por numerosos autores como Benner (1984), Watson (1985), Malgalive (1995), Thorne (1997), Jones (2006), Franco (2000), Carvalho (2005), Gibbons et al. (2007), Gregory et al. (2007) e Rua (2011). Contudo, há quem considere que é um pseudodilema porque a aprendizagem clínica não pressupõe a aplicação da teoria mas a sua transferência para a prática real, numa praxis de desenvolvimento (Benner, 1984; Carvalho, 2005; Espada, 2004; Fonseca, 2006; Franco, 2000; Jones, 2006), em que os supervisores pedagógicos e os supervisores clínicos facilitam o processo (Jones, 2006; Longarito, 2002; Martin, 2008; Reilley & Obermann, 1999; Santos, 1995). É importante que todos os intervenientes no processo ensino/aprendizagem compreendam a dinâmica da relação entre a teoria e a prática e que o estudante está em aprendizagem clínica para aprender e não para demonstrar que já sabe. Por outro lado, a aquisição de conhecimentos a partir da prática é um modelo que deve ser reconhecido e valorizado, sendo uma realidade em instituições de formação de enfermeiros. Não obstante estes considerandos, é igualmente de atender que, não raramente, os estudantes esquecem-se ou referem que não abordaram determinadas temáticas em sala de aula, o que eventualmente carece de aprofundamento científico da ocorrência deste fenómeno.

Um estudante de cada ano, apontou a falta de práticas laboratoriais.

*“Temos as aulas práticas (...) contudo nem sempre a escola tem a capacidade de responder com a quantidade de recursos para a quantidade de alunos (...) para além de ter praticado pouco (...)”*E2-13: L63; 63-65; 70

As práticas laboratoriais devem ser incrementadas para que o estudante, ao iniciar a aprendizagem clínica, já tenha treinado os mais diversos procedimentos, desde os psicomotores aos cognitivos e afectivos. Permitem-lhe experimentar as vezes necessárias, até adquirir perícia. Tais práticas estão indicadas para antes desta aprendizagem e, durante a mesma, quando se detectam problemas (Reilly & Obermann, 1999), estando demonstrado que aumentam a confiança dos estudantes nas suas capacidades (Chlan et al, 2005; Gibbons et al, 2007). Carvalho (2005) demonstrou que os docentes as consideram essenciais mas as instituições formadoras, devido a problemas orçamentais, nem sempre possuem laboratórios com os recursos necessários, o que sucede na ESEnfPD.

A duração prolongada da aprendizagem clínica constituiu um contributo para um estudante do 2º ano.

*“Mas claro que Março, Abril, Maio, Junho, Julho, quatro meses intensos sempre ali, deita uma pessoa por terra (...)”*E2-2: L94-96

Franco (2009), numa investigação com estudantes do 4º ano, encontrou o inverso, isto é, que deveria ter mais horas. Na investigação de Carvalho (2005), os estudantes entendiam que tinha a duração adequada. O factor temporal de duração da aprendizagem clínica difere de estudante para estudante mas há consenso entre vários autores (Abreu, 2003; Benner, 1984; Bandura, 1997; Carvalho, 2005; Reilly & Obermann, 1999; Rua, 2011) quanto à necessidade de proporcionar tempo adequado para a aquisição de competências. Consoante o apresentado anteriormente (Figuras 3.5, 3.7) antes da semana 6 e mesmo da 10 não só há mais erros como o estudante considera que detém menos competências.

A alusão ao Efeito de Pigmaleão surgiu por um estudante do 2º ano.

“Ainda por cima nós já vamos com aquela carga dos que passaram e dos que não passaram.” E2-2: L93-94

Barros et al. (1993) abordam a relação entre a projecção dos indivíduos com locus de controlo externo e o Efeito de Pigmaleão. Tomados os scores deste estudante na escala de locus de controlo, verificou-se que refletiam um movimento para a internalidade.

Desta forma, o relato em apreço (que, recorde-se, é único) infirma os resultados referidos por Barros e colaboradores, supracitados. Sem descurar a possibilidade de outras variáveis, sabemos que, por vezes, sucede a troca de informação sobre determinadas características dos estudantes e a construção de expectativas e percepções sobre eles entre docentes, docentes e enfermeiros e enfermeiros.

Contributos **relacionados com o cliente** surgiram somente em verbalizações do 2º ano. É o caso de duas unidades de análise que se referem ao comportamento.

“E depois eu virei-me para o senhor e disse: ‘Mas o senhor podia ter dito’. E ele ‘Ah, mas eu não queria incomodar.’ E eu disse: ‘É que o senhor ficou toda a manhã sem comer’”. E2-6: L136-139

“E a senhora falava muito (...). A boa disposição da senhora, a abertura que ela tinha, não tinha dificuldade de expressão. Ela estava disponível.” E2-7: L284; 295-296

Também foi referida a reacção aos cuidados.

“Bastou começar a retirar as compressas repassadas que o senhor começou imediatamente a gritar e a chorar e obviamente uma situação que já estava a criar-me alguma ansiedade acabou por tornar-se um caos.” E2-16: L18-21

Os estudantes do 2º ano ainda são inexperientes e esta foi a sua primeira aprendizagem clínica em meio hospitalar. Diversos autores, nomeadamente, Fonseca (2006) reconhecem que é neste ano que sucedem mais episódios críticos, pois encontram-se situações geradoras de “grande *ansiedade, medos, incertezas e insegurança*, que necessitam de ser geridas e ultrapassadas através da ajuda e apoio dos supervisores, para além de todo o *trabalho* que é necessário realizar, trabalho esse essencial aos processos cognitivos e de socialização profissional” (p. 115). No relato da reacção do cliente aos cuidados, como o estudante proferiu, desempenhar o procedimento já lhe provocava ansiedade mas quando o cliente também manifestou exuberantemente o seu desconforto, foi demasiado. Bergh, Jakobsson e Sjöström (2007) apuraram que os estudantes conseguem imaginar a dor e o sofrimento do cliente mas se sentem impotentes e sofrem com isso.

A ausência de alterações no cliente também foi um contributo.

“A glicemia estava normal. Porque se estivesse baixo também me tinha alertado. Mas estava tudo ótimo.” E2-6: L183-185

Este estudante considerou que o facto de não haver alterações no cliente contribuiu para o erro, o que sugere um pensamento parcelar, com dificuldade de abranger a globalidade das situações complexas da prestação de cuidados de enfermagem. Como principiante, desempenhou tarefas sem atender ao contexto. Ao concentrar-se no que tinha de fazer, sem se aperceber de que o cliente não tomara o pequeno-almoço (verificando-o só depois de terminar as tarefas previstas), evidenciou um comportamento linear e inflexível como descrito por Benner (1984) para o estadió de principiante.

A morte iminente constitui-se como percepção de outro contributo.

“Continuando, eu nunca tinha lidado com a morte de uma forma tao próxima (...) e o cliente estava muito prostrado, já não reagia e o momento foi muito forte, eu tinha à minha frente um senhor com uma vida, com história, com sentimentos, que estava a morrer aos poucos, que não falava e mal reagia a estímulos (...) apenas gemia (...) o facto do cliente estar a morrer.” E2-12: L102-106;150

Fonseca (2006) também verificou que a morte do cliente é difícil de aceitar pelos estudantes, principalmente nas primeiras experiências clínicas. O relato do participante confirma esta perturbação que leva Rua (2011) a reflectir sobre a vulnerabilidade e a forma como o conceito de vida se associa ao de morte, provocando angústia e impotência nos estudantes.

Por fim, foram referidos contributos **relacionados com os colegas**. Neste caso, duas unidades de análise do 2º ano indicam a presença enquanto contributo para os erros cometidos.

“(...) tinha os meus colegas de estágio a observar-me (...) o facto de estar a ser observada pelos meus colegas (...) e o estar a ser observada pelos colegas, porque... tinha medo de me desiludir, e de ser julgada de forma errada pelos colegas.” E2-12: L108; 153; 161-163

Os registos destes estudantes revelam que os colegas foram fontes de stress, o que é descrito devido à competição e à comparação entre si (Shipton, 2002). Por outro lado, os pares são importantes na construção e validação social da auto-eficácia (Bandura, 1997).

3.3.2 - Reacção do estudante perante o erro que cometeu.

Para conhecer a reacção do estudante ao erro que cometeu optámos pela mesma categorização da subcategoria e do subcapítulo anterior.

A Figura 3.13 e o Quadro 3.24 resumem esta categoria. As reacções de **âmbito afectivo** são as mais representadas, seguindo-se, muito proximamente, as de **âmbito cognitivo** e depois as de **âmbito relacional** e as de **âmbito físico**.

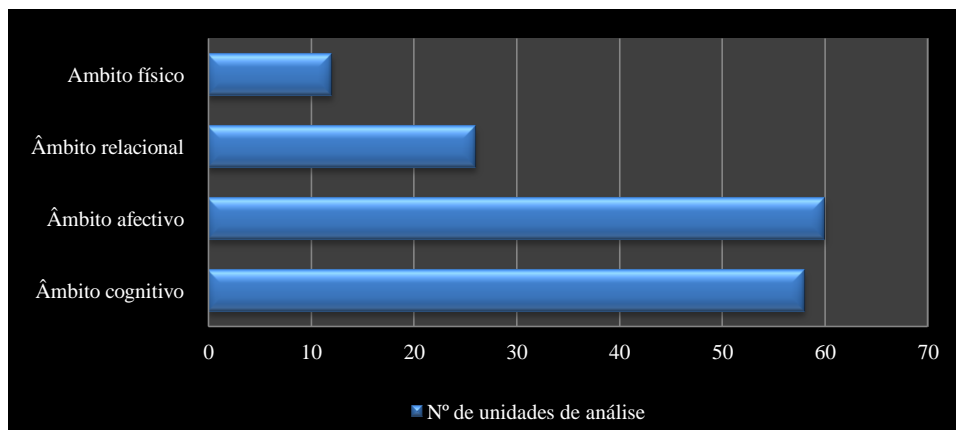


Figura 3.13 - Reacção do Estudante perante o Erro que Cometeu

As reacções de **âmbito afectivo** sobressaíram nos estudantes do 2º ano, com 45 unidades de análise, comparativamente às 15 do 4º ano. Seguem-se as de **âmbito cognitivo** com 36 registos do 2º ano e 20 do 4º ano, as de **âmbito relacional** com 17 unidades de análise do 2º ano e nove do 4º ano e as de **âmbito físico** com 10 unidades de análise do 2º ano e uma do 4º ano.

Quadro 3.24 - Reacção do Estudante perante o Erro que Cometeu

| Subcategoria 1 | Subcategoria 2 | Subcategoria 3 | Nº unidades de análise/ano | |
|----------------------|--|---------------------------------------|----------------------------|-----------|
| | | | 2º Ano | 4º Ano |
| De âmbito afectivo | Medo | De reprovar | 9 | 1 |
| | | De ser prejudicado | 1 | 1 |
| | | Da reacção do supervisor | 0 | 2 |
| | | Do cliente ser prejudicado | 1 | 0 |
| | Frustração | | 10 | 5 |
| | Ansiedade | | 9 | 4 |
| | Pânico | | 6 | 0 |
| | Satisfação | Por manter a calma | 1 | 0 |
| | | Por detectar erro a tempo de corrigir | 0 | 1 |
| | Frustração das expectativas | Pessoais | 1 | 0 |
| | | Colegas | 1 | 0 |
| | | Supervisor | 1 | 0 |
| | Calma | | 2 | 0 |
| | Tristeza | | 2 | 0 |
| | Compaixão pelo cliente | | 1 | 0 |
| | Vergonha | | 0 | 1 |
| Sub-total | | | 45 | 15 |
| De âmbito cognitivo | Reflexão sobre a acção | Para estratégias futuras | 2 | 4 |
| | | Sobre as causas | 2 | 2 |
| | | Sobre as possíveis consequências | 1 | 1 |
| | | Para evitar consequências | 0 | 1 |
| | Tomada de consciência de que errou | | 8 | 3 |
| | Avaliação das consequências | | 4 | 1 |
| | Percepção de auto-eficácia diminuída | | 2 | 3 |
| | Preocupação do bem-estar do cliente | | 4 | 1 |
| | Justificação do procedimento ao supervisor | | 2 | 2 |
| | Despreocupação | | 1 | 1 |
| | Crença de que ultrapassaria a situação | | 2 | 0 |
| | Disfarce de emoções | | 2 | 0 |
| | Incredulidade | | 2 | 0 |
| | Necessidade de ajuda | | 1 | 1 |
| | Desvalorização das consequências | | 1 | 0 |
| | Atenção às orientações | | 1 | 0 |
| | Estudo do procedimento | | 1 | 0 |
| Sub-total | | | 36 | 20 |
| De âmbito Relacional | Assumir o erro | Perante o supervisor | 5 | 1 |
| | | Perante o cliente | 3 | 1 |
| | | Perante a equipa de enfermagem | 2 | 1 |
| | | Inespecífico | 0 | 1 |
| | Comunicação ao supervisor | | 6 | 5 |
| | Confrontação de colega que errou | | 1 | 0 |
| Sub-total | | | 17 | 9 |
| De âmbito físico | Reparação | | 3 | 0 |
| | Repetição do procedimento | | 1 | 1 |
| | Repetição do erro | | 2 | 0 |
| | Choro | | 2 | 0 |
| | Incapacidade de agir | | 1 | 0 |
| | Tremores | | 1 | 0 |
| Sub-total | | | 10 | 1 |
| Total | | | 108 | 45 |

O medo surge em 15 unidades de análise, nomeadamente, com 11 do 2º ano e quatro do 4º ano. O maior número de unidades de análise regista-se no medo de *reprovar*, com nove endossos do 2º ano e um do 4º ano.

“Eu pensei logo que ia chumbar (...). Mas eu fiquei cismada de que tinha chumbado (...). E o medo de chumbar foi esse.” E2-5: L43

Esta reacção também se aplicou à possibilidade de *ser prejudicado*, na referência de um estudante de cada ano.

“Eu vi logo que ia acontecer alguma coisa no que concerne ao meu desempenho em termos avaliativos.” E4-41: L139-140

O medo da *reacção do supervisor* está em duas unidades de análise do 4º ano.

“[Fiquei] Preocupada (...) preocupada com o que o orientador ia pensar de mim.” E4-28: L113; 116-117

O medo de reprovar e de ser prejudicado, está subjacente ao medo de punição a que o erro se encontra associado (Diz & Gomes, 2008; Reilley & Obermann, 1999), ainda que se reconheça que não beneficie ninguém (Gregory et al., 2007). Apesar de, como o resultado demonstra, o supervisor seja uma das principais fontes de stress, é igualmente uma fonte de apoio (Paulino, 2007) e o estudante tem necessidade de ser compreendido por ele (Bradbury-Jones et al., 2008; Rua, 2011). Porém, como Simões et al. (2008) demonstraram, a relação e a comunicação, frequentemente, não são as melhores nem as mais propícias à aprendizagem.

Foi igualmente apontado o medo do *cliente ser prejudicado* por um estudante do 2º ano.

“Ai Jesus, se lhe dá qualquer coisa.” E2-7: L413-414

Estes resultados são corroborados por Jones e Johnston (1997) em investigações com estudantes de enfermagem e por Santos et al. (2007), que encontrou resultados semelhantes em enfermeiros.

A frustração também se manifesta em 15 unidades de análise, dez do 2º ano e cinco do 4º ano.

“(...) senti-me zangada comigo própria depois de ter acontecido (...) porque fiz tudo como tinha aprendido, procedi da melhor forma que sabia, ainda verifiquei tudo e quando menos se espera acontece, mesmo com todo o cuidado. (...) fiquei desapontada

comigo (...). Pensava que tinha feito tudo direitinho.” E4-42: L82-83; 119-121; 123; 125-126

Meldrum (2012) apresenta relatos de médicos perante erros cometidos, em que a frustração estava presente mas era reconhecida como inútil para a aprendizagem.

Nos participantes deste estudo, a frustração foi mais além, com frustração das expectativas, de várias pessoas, a começar por si, ou seja, *pessoais*, referido por um estudante do 2º ano.

“(...) além das minhas expectativas pessoais (...) quanto à realização da técnica.” E2-25: L50-51; 61-62

As dos colegas, indicado pelo mesmo estudante.

“(...) sei que os meus colegas (...) tinham também algumas expectativas. (...) também tinham expectativas quanto à realização da técnica. Senti um pouco o peso dos olhares delas (...) e a recriminação de não ter conseguido depois.” E2-25: L51; 52-53; 62-64

E, ainda, por parte do mesmo estudante, as do supervisor:

“[e mesmo o meu orientador] também tinha expectativas quanto à realização da técnica. Senti um pouco o peso dos olhares (...) e a recriminação de não ter conseguido depois.” E2-25: L51; 52-53; 62-64

Estes dados podem ser explicados por Chubon e Emihovich (1984) que verificaram que, principalmente na primeira experiência clínica, há consciência da diferença entre as expectativas dos estudantes e as dos supervisores, correspondendo estas ao stressor mais forte (Sawatzky, 1998). Por outro lado, Admi (1997) considerou que o estudante deve ser ajudado a desenvolver expectativas realistas.

A ansiedade manifesta-se em nove unidades de análise do 2º ano e quatro do 4º ano.

“Mas fiquei a tremer... (...) porque tinha acabado de cometer um erro que podia ter consequências graves.” E2-22: L29; 33-34

O pânico foi vivido apenas por estudantes do 2º ano com seis unidades de análise.

“(...) foi um dos maiores sustos que eu apanhei (...). Fiquei em pânico.” E2-11: L26; 48

Santos e Padilha (2005) e Santos et al. (2007) encontraram resultados semelhantes em enfermeiros que erraram e em que a ansiedade e o pânico se relacionaram, em primeiro lugar, com os possíveis danos causados ao cliente por erros de medicação.

O 2º ano exprimiu tristeza em duas unidades de análise e o 4º ano, vergonha, numa.

Santos et al. (2007) encontraram, também, verbalizações de tristeza e de vergonha em enfermeiros que tinham errado. Koren et al. (2007) também verificaram que vergonha acompanha o erro.

Um estudante do 2º ano sentiu compaixão pelo cliente.

“[chorei] Acho que foi mais por causa do senhor. Porque ele via-se que o senhor estava cheio de fome e nada disse. E eu não fui capaz de ter o clique, que devia ter tido, quando a enfermeira me disse. O senhor estava ali doente, está naquela situação e ficou toda a manhã sem comer! Eu não gostava!” E2-6: L170-174

Esta compaixão assume a forma de sensibilidade para com a dor e o sofrimento. Segundo Roach (1992), traduz-se na capacidade de prestar cuidados ao cliente com o mais profundo sentimento humano. Consideramos, no caso vertente, que o autor do relato antes transcrito conseguiu sobrepor essa capacidade a todas as reacções mais egocêntricas associadas ao erro, que nunca, aliás, surgiram no seu discurso.

No 2º ano existem duas unidades de análise a referirem reacção com calma,

“(...) mostrei sempre postura calma (...)” E2-20: L58-59

Encontrámos satisfação num estudante do 2º ano *por ter mantido a calma*.

“(...) fiquei por um lado contente por perceber que num momento de stress como foi para mim, consegui manter a calma (...)” E2-26: L128-129

Um estudante do 4º ano referiu-se à sua satisfação *por detectar erro a tempo de corrigir*.

“Mas ao mesmo tempo senti-me bem por detectar a tempo.” E4-38: L30

Esta satisfação deveu-se à capacidade de agir adequadamente. Beck e Srivastava (1991) verificaram que os estudantes se sentiam satisfeitos com a prestação de cuidados que lhes proporcionava responsabilidade e desenvolvimento.

Nas reacções de **âmbito cognitivo**, aquelas com maior número de unidades de análise foram as de reflexão sobre a acção, num total de 13, sendo cinco do 2º ano e oito do 4º ano.

A reflexão sobre a acção para estratégias futuras é expressa em duas unidades de análise do 2º ano e quatro do 4º ano.

“Vim para casa e reflecti! Na altura não estava completamente familiarizada com a medicação, mas pensei desde logo que esse seria um dos objectivos a atingir! (...) não queria que se voltasse a repetir!” E4-38: L51-53; 54

Sobre as causas dos erros cometidos em duas unidades de análise de cada ano.

“Pensei nos 1001 motivos que me poderiam ter levado a cometer aquele erro já que tenho pleno conhecimento dos 5 certos face à medicação.” E4-36: L38-40

A reflexão sobre a acção sobre as possíveis consequências, surge numa unidade de análise de cada ano.

“(...) fiz uma introspecção da situação, tentei colocar-me no papel/face daquele familiar e tentar perceber de que forma a transmissão da notícia iria ser recebida.” E2-23: L69-71

E, ainda para evitar consequências, por parte de um estudante do 4º ano.

“[Tento perceber] o que poderei fazer para o ‘concertar’ digamos assim.” E4-42: L134-135

Os resultados mostram que reflectir é indispensável na aprendizagem clínica, confirmando o pressuposto de que o desenvolvimento das competências em enfermagem assenta na experiência e na reflexão (Benner, 1984; Rua, 2011). A acção, por si só, não promove a aprendizagem que é estimulada por um processo reflexivo, assistido pelos supervisores, no âmbito do qual o erro é valorizado por docentes e estudantes (Carvalho, 2005). Há recomendações para a adopção de processos reflexivos na aprendizagem clínica para que se adquiram competências que são indispensáveis a um melhor desempenho profissional, à prestação de cuidados de excelência e à dignificação da profissão (Abreu, 2007). A reflexão após o erro potencia a prevenção de acidentes futuros, sendo uma das pedras basilares da pedagogia clínica, no que tange às causas, consequências e modos de evitar futuras ocorrências (Berman, 2006).

Oito unidades de análise do 2º ano e três do 4º ano revelam tomada de consciência de que errou.

“Olhei para o frasco e vi que podia ter cometido um erro um bocado grave.” E4-9: L12-13

Este erro ocorreu numa das fases da preparação de terapêutica, quando se retira a medicação de onde está acondicionada. Nesta etapa já deve ter havido a confirmação do medicamento certo, portanto, já houve erro. Este, só não prosseguiu na administração porque o supervisor impediu. A tomada de consciência de que se errou foi encontrada numa investigação de Santos et al. (2007), que consideraram este momento excelente para a aprendizagem porque cria estratégias para conviver com a tensão, o desequilíbrio provocado e a ocorrência inesquecível. Kurban, Savas, Çetinkaya, Turan e Kartal (2010) constataram que, quando os estudantes são estimulados a tomarem consciência das más práticas há menor risco de cometerem erros o que introduz implicações para que, ao longo do curso, reflectam sobre essas práticas, o que as provocou e como podem ser evitadas no futuro. Alarcão e Tavares (2007) reflectem na utilidade da tomada de consciência de se ter errado porque desperta para a ajuda necessária, o empenho de auto-formação e a pesquisa subsequentes.

A avaliação das consequências foi endossada, essencialmente, por estudantes do 2º ano, com quatro unidades de análise e uma do 4º ano.

“(...) fui logo lá, felizmente o senhor estava no mesmo sitio (...) fui logo ver o cliente (...)” E2-12: L33-34;48-49

Quatro unidades de análise do 2º ano e uma do 4º ano demonstram que os estudantes reagiram com preocupação com o bem-estar do cliente.

“(...) também fiquei a pensar que aquilo podia ser muito grave e colocar o doente ainda em maior risco do que estava.” E2-14: L36-37

A avaliação das consequências é uma etapa em que, o estudante, já tendo cometido o erro, reflecte e depois avalia as consequências. A preocupação com o bem-estar do cliente foi encontrado por Santos e Padilha (2005) e Santos et al. (2007) em estudos com enfermeiros, demonstrando que a preocupação com o bem-estar dos clientes é uma das características desta profissão.

A percepção de auto-eficácia diminuída manifesta-se em duas unidades de análise relativas a estudantes do 2º ano e três do 4º ano.

“(...) quando acontece falhar, isso faz-nos sentir que fomos fracos, que não fomos suficientemente bons.” E2-13: L118-119

Este registo confirma a forma como o desempenho bem sucedido influencia as percepções de auto-eficácia, na mesma linha defendida por Ford-Gilboe et al. (1997), e como os insucessos a diminuem, especialmente no início da formação (Kihlstrom e Harackiewicz, 1990). O desempenho é, em concreto, a variável que mais influencia a auto-eficácia percebida (Bandura, 1985; Jeffreys, 2004) e as situações que reflectem incompetência, bem como determinados tipos de feedback são os factores que mais a diminuem (Bandura, 1997). Contudo, a percepção de auto-eficácia pode ser enviesada pela própria interpretação dos acontecimentos (Bandura, 1985). Nos estudantes do 2º ano houve uma diminuição nas auto-atribuições de eficácia pessoal após a aprendizagem clínica, ao invés do que sucedeu no 4º ano, onde aumentaram. Considerando as características dos estudantes com percepções elevadas de auto-eficácia, e tendo em conta que percepções menos favoráveis neste particular constituem um obstáculo ao desempenho (Bandura, 1985), esta disposição pessoal será considerada um factor importante de promoção da aprendizagem clínica. No caso do nosso estudo, os estudantes com os valores mais baixos de eficácia auto-atribuída enfrentaram, em geral, insucessos subsequentes durante o curso.

Duas unidades de análise de cada ano demonstram a justificação do procedimento ao supervisor.

“Pensei que tinha de falar com o orientador, mesmo que isso tivesse por parte dele uma resposta que não gostasse.” E2-24: L76-77

No 2º ano duas unidades de análise manifestaram a crença de que ultrapassariam a situação.

“Pensei que eu tinha capacidades para conseguir corrigir o erro (...)” E2-13: L40

Para o efeito, um estudante esteve *atento às orientações*.

“(...) dei ouvidos às explicações da orientadora sobre o erro que eu estava a cometer (...)” E2-13: L36-37

Um estudante de cada ano referiu que, depois de cometer o erro, teve necessidade de ajuda.

“(...) recorrendo à minha orientadora se necessitasse da sua ajuda para o ultrapassar (...)” E4-30: L43-44

Outro, do 2º ano, procedeu ao estudo do procedimento:

“(...) vim para casa e fui rever as técnicas (...)” E2-24: L146

Admitir e aceitar a responsabilidade do erro é o primeiro passo para que o sucedido contribua para a aprendizagem, contrariamente ao comportamento defensivo, que a dificulta (Berman, 2006). O registo da crença de ser capaz de ultrapassar a situação atesta outros resultados que associam a auto-confiança à capacidade de ultrapassar os obstáculos (Simões et al., 2008). Esta, quando associada ao optimismo e à atitude crítica, contribui activamente para a prevenção e/ou superação de erros (Silva, 2001). A necessidade de ajuda e a procura de mais conhecimentos é comum aos enfermeiros que, quando cometem um erro, tendem a partilhar as suas dificuldades com alguém que os ajude a tomar uma decisão e contribua para acalmar a sua intranquilidade (Santos et al., 2007).

Duas unidades de análise do 2º ano manifestam reacção com disfarce das emoções.

“Tentei abstrair-me da situação e não olhar nos olhos do doente até ter os olhos secos. (...) tinha que me abstrair o máximo possível do meu nervosismo porque senão iria ser pior para mim e para o doente (...). Não reagi perante o enfermeiro mas pensei para mim que não tinha sido eu que me tinha esquecido de por o soro a correr” E2-20: L32-33; 35-36; 99-100

Estes registos mostram que cometer um erro desencadeia emoções pelos riscos que comporta, tanto para o cliente, como para quem o comete (Santos et al., 2007; Santos & Padilha, 2007). Disfarça-se o que não se pode ou não se deseja mostrar. Neste caso, o estudante não quis que o cliente reparasse nas suas emoções, nem nas lágrimas e considerou que o seu erro foi deixar transparecer essas fragilidades. Mas, será que o é? Somente quando o enfermeiro é capaz de aceitar as suas emoções as poderá reconhecer também no cliente. O enfermeiro que é sensível, é capaz de fazer com que a outra pessoa se sinta compreendida e aceite, o que favorece o desenvolvimento de ambos (Watson, 1985).

Também duas unidades de análise do 2º ano demonstram reacção com incrédulidade.

“(...) pensei como é que era possível eu ter feito algo assim, ter-me esquecido de mudar logo de luvas.” E2-12: L145-146

O estudante revela ter feito algo sem sentido mas não encontramos qualquer suporte teórico para este resultado. Pensamos que provoca uma dissonância cognitiva, para a qual o estudante procura equilíbrio.

Um estudante de cada ano referiu ter reagido com despreocupação.

“Naturalmente, sem nenhuma crise de pânico (...). Eu não me senti responsável, vi os cuidados.” E2-2: L43; 51

Este estudante do 2º ano reagiu ainda com desvalorização das consequências.

“Ali, se a minha reiteração do erro foi a descrença ‘ó pá, é uma coisa menor, é só mais um cuidado.” E2-2: L79-81

Estas são reacções que Silva (2001) inclui nas posturas indesejáveis perante o erro cometido, pois são uma forma de não o assumir. Para o estudante admitir um erro, procurar ajuda do supervisor e valorizar o feedback proporcionado, implica uma relação de confiança e de respeito mútuo entre ambos (Reilley & Obermann, 1999) mas aceitar o erro é mandatório para o desenvolvimento do indivíduo (Arndt, 1994). Faz-se notar que o desenvolvimento moral do participante E2-2 registou uma considerável diminuição após a aprendizagem clínica.

Concernente ao **âmbito relacional** sobressaiu os estudantes a assumirem os erros, cujas verbalizações são mais indicadas *perante o supervisor*, com cinco unidades de análise do 2º ano e uma do 4º ano.

“Fui murcha, com o rabo entre as pernas (risos), fui falar com o monitor, responsável do estágio lá, enfermeiro do serviço. E contei o sucedido (...). O.K., falar, falar com o enfermeiro e dar conhecimento da situação.” E2-7: L25-27; 30

Três unidades de análise do 2º ano e uma do 4º ano demonstram que o erro foi assumido perante o cliente.

“Olhei para o senhor o cliente, e expliquei-lhe a minha situação (...) [assumi o erro para com] o cliente (...)” E2-13: L20-21; 35-36

Ainda nesta subcategoria, duas unidades de análise do 2º ano e uma do 4º ano referem-se a assumiram o erro perante a equipa de enfermagem.

“[Decidi] Falar com a orientadora mas ela estava em reunião com a enfermeira chefe. (...) fui ter com outra das orientadoras que tive e contei-lhe que tinha passado.” E4-39: L34-36

Um estudante do 4º ano reconhece ter assumido o erro mas *inespecificamente*, sem indicar a quem o fez.

Apenas ao assumir o erro e ao discuti-lo com o supervisor, o estudante pode reparar, minimizar as consequências e aprender a agir em situações semelhantes, aumentando os seus conhecimentos e competências. Para isso, a primeira etapa é admitir e aceitar a responsabilidade perante o cliente e a equipa (Berman, 2006), pois dessa admissão depende o desenvolvimento profissional e pessoal do estudante (Arndt, 1994). Este resultado infirma os de Carvalho (2005) e Antunes (2008) quanto à tendência dos estudantes de enfermagem e medicina esconderem os seus erros.

A comunicação ao supervisor é referida em seis unidades de análise do 2º ano e cinco do 4º ano.

“Contei o sucedido ao meu orientador e à enfermeira orientadora (...). E de seguida fui logo contar ao prof. [X] depois de finalizar com o senhor os cuidados de higiene.” E2-11: L26-27; 50-51

Este registo confirma como o apoio do supervisor ainda é mais necessário quando os estudantes cometem erros pois, em conjunto, reflectem sobre o sucedido e tomam as medidas necessárias para evitar novas ocorrências, circunstância que fomenta a aprendizagem (Berman, 2006).

Um estudante do 2º ano teve necessidade de confrontar um colega que errou.

“Depois disse-lhe: ‘Se isto voltar a acontecer, eu falo, não fico bem com a minha consciência e não penses que o faço para te prejudicar.’” E2-7: L414-416

Uma investigação de Cameron, Schaffer e Park (2001) revelou este dilema em estudantes que, até à primeira experiência, detinham um ideal de prestação de cuidados que se alterou na confrontação com a realidade. No seguimento, os autores consideraram que é importante a criação de expectativas realistas sobre a profissão e o desenvolvimento de relações profissionais assentes em princípios éticos. Por outro lado, Brown et al. (2007), relataram os resultados de reflexões em grupos de trabalho em que alguns estudantes declararam que são responsáveis por comunicar ao supervisor que viram um colega errar, enquanto outros perguntariam ao seu par se necessita de ajuda para comunicar o sucedido e outros, ainda, consideraram que nunca encobririam um colega cuja prática fosse insegura.

Nas reacções de **âmbito físico**, destacou-se a reparação do erro indicado em três unidades de análise do 2º ano.

“(...) mudei imediatamente de luvas, continuei a minha prestação de cuidados e só no final desinfectei a mesinha!!” E2-12: L112-113

A reparação do erro incide no resultado e pode suceder no decurso do procedimento, como neste caso, ou posteriormente (Silva, 2001).

Inversamente, houve duas citações de estudantes do 2º ano que repetiram o erro.

“(...) e o resto do penso correu todo mal (...). Eu cometi o erro, e mesmo tendo consciência que estava a fazer mal ia fazer novamente mesmo tendo sido chamada à atenção.” E2-16: L34-35; 40-41

A repetição de erros, frequentemente, tem na base erros latentes que não se manifestam e se relacionam com o contexto até que uma cadeia de acontecimentos dê origem a um erro efectivo. Os supervisores são os responsáveis por não terem verificado a existência de erros latentes (Berman, 2006).

A repetição do procedimento foi referida numa unidade de análise de cada ano.

“(...) no dia seguinte pedi para fazer uma algaliação.” E2-24: L146-147

A repetição possibilita o desenvolvimento de capacidades e a retenção de conhecimentos, nomeadamente de âmbito psicomotor, bem como a transferência dessas capacidades e conhecimentos para posterior adaptação a vários contextos e circunstâncias (Reilley & Obermann, 1999). Por outro lado e, especificamente, por parte destes estudantes, a vontade de repetir o procedimento em que erraram, demonstra que assumem que a sua aprendizagem depende de si (Mannix et al., 2009; Martin, 2008).

Há duas referências a reacção com choro por estudantes do 2º ano.

“(...) e eu cheguei ao fim do turno e eu comecei a chorar.” E2-6: L156-157

Registou-se a presença de tremores num estudante do 2º ano.

“(...) mas como estava a errar, não consegui parar de tremer, fiz a gasimetria mas ao segurar a seringa não parava de tremer. (...) tremi.” E2-24: L18-20: 68

A situação provocou ansiedade e exigia competências psicomotoras rigorosas. Na nossa perspectiva, nestas condições, o estudante não deveria continuar o procedimento porque dificilmente conseguiria salvaguardar a segurança do cliente.

E a incapacidade de agir noutro estudante também do 2º ano.

“Paralisei por segundos e só os gritos do orientador me acordaram. (...) e nem consegui estancar a hemorragia correctamente; foi necessário que o orientador pusesse a minha mão estrategicamente lá. (...) a segunda vez não. Não estava em condições [de repuncionar].” E2-19: L44-45;46-48; 63

O supervisor é modelo de desempenho (Carvalho, 2002; Jeffreys, 2004; Lafuente, 1991; Rauén 1974; Santos, 1995) e cabe-lhe a orientação e demonstração de procedimentos. Na sua dimensão de “Professor” o estudante valoriza que esteja “disponível para ajudar-me quando necessito de orientação.” (Santos, 1995, p. 161) e na de “Enfermeiro” que seja capaz de demonstrar “(...) qual a actuação adequada numa situação real.” (Idem, p.168). Portanto, se o estudante fica incapaz de agir, o supervisor tem que manter a segurança do cliente enquanto salvaguarda as condições de aprendizagem.

3.3.3 - Acções perante o erro cometido.

Como um erro exige acção posterior, pretendemos saber quais as efectuadas e quais as que os estudantes consideraram que devem ser efectuadas (Quadro 3.25).

Quadro 3.25 – Acções perante o erro cometido

| Subcategoria 1 | Subcategoria 2 | Subcategoria 3 | Nº de unidades de análise/Ano | |
|--------------------------|--|--|-------------------------------|-----------|
| | | | 2º | 4º |
| Efectuadas | Reparação | | 8 | 2 |
| | Avaliação do bem-estar do cliente | | 5 | 2 |
| | Execução correcta do procedimento | | 3 | 0 |
| | Comunicação do erro | A equipa de enfermagem | 0 | 1 |
| | | Ao médico por ser erro de medicação | 0 | 1 |
| | | Ao cliente | 0 | 1 |
| | Inexistentes | | 2 | 0 |
| | Satisfação das necessidades do cliente | Alimentação | 1 | 0 |
| | | Medicação | 1 | 0 |
| | Procedimento efectuado pelo supervisor | | 1 | 1 |
| | Deixar o medicamento visível | | 1 | 0 |
| | Mais estudo | | 1 | 1 |
| | Repreensão do cliente | | 1 | 0 |
| | Salvaguarda da intimidade do cliente | | 1 | 0 |
| | Verificação dos conhecimentos | | 0 | 1 |
| Total | | | 25 | 10 |
| Que devem ser efectuadas | Assumir o erro | Inespecífico | 12 | 3 |
| | | Perante o cliente | 11 | 2 |
| | | Perante o supervisor | 10 | 2 |
| | | Perante os outros enfermeiros | 8 | 0 |
| | | Perante o enfermeiro chefe | 6 | 2 |
| | | Perante a equipa do serviço | 5 | 1 |
| | | Perante os colegas | 5 | 0 |
| | | Perante os superiores hierárquicos | 4 | 1 |
| | Reparação do erro | | 16 | 3 |
| | Tomada de consciência de que errou | | 8 | 1 |
| | Assegurar o bem-estar do cliente | | 5 | 2 |
| | Pedido de ajuda | | 4 | 1 |
| | Comunicação | Se for erro de medicação | 2 | 0 |
| | | Ao médico no caso de erro de medicação | 2 | 0 |
| | Arcar com as consequências | | 3 | 1 |
| | Recuperação | | 2 | 2 |
| | Reflexão sobre a acção | | 1 | 3 |
| | Depende do erro | | 2 | 0 |
| | Registo | | 1 | 1 |
| | Detectar o mais rapidamente possível | | 0 | 1 |
| | Nunca ocultar | | 0 | 1 |
| | Manter a calma | | 0 | 1 |
| Total | | | 107 | 28 |

Nas **acções efectuadas** destacaram-se as de reparação, indicadas em oito unidades de análise do 2º ano e duas do 4º ano.

“(…) que por acaso [o medicamento] nem preencheu o sistema e consegui aspirar antes de entrar na corrente sanguínea. (...) preparar novamente a medicação e administrar!” E4-38: L35-36; 37-38

Seguiram-se as de avaliação do bem-estar do cliente em cinco unidades de análise do 2º ano e duas do 4º.

“(…) o senhor não apresentava queixas algicas. (...) vigiei o senhor nesse dia e no seguinte para ver se a queda tinha tido algum impacto.” E2-11: L27; 28-29

“Monitorizámos o estado da senhora em termos das consequências daquela toma.” E4-42: L139-140

Um participante do 2º ano procedeu à satisfação das necessidades do cliente, nomeadamente *alimentação*.

“(...) eu fui logo tratar da comida.” E2-6: L127

O mesmo estudante administrou a *medicação*.

“(...) eu fui dar a outra metade [da dose]” E2-6: L280

E ainda, passou a deixar o medicamento visível junto do cliente.³³

“[a orientadora] disse que levasse um papel e colocasse no frasco a dizer ‘tópico’.” E2-6: L219-220

Três unidades de análise do 2º ano indicam a execução correcta do procedimento.

“Tive de reformular o registo. Tive mais tempo. Faltava muitas coisas, para encaixar aqui e aqui. Nesse dia andei para trás e para a frente com aquele registo.” E2-5: L209-211

Após um erro na prestação de cuidados de enfermagem há que desenvolver as acções necessárias para salvaguardar o bem-estar e a saúde do cliente. Assim, de acordo com os relatos anteriores, houve reparação imediata e foi possível reverter a acção. Mas nem sempre isso é possível e, então temos a avaliação do bem-estar do cliente. Como referem Santos et al. (2007) e Santos e Padilha (2007), é indispensável reparar o sucedido e avaliar o bem-estar do cliente para actuar a tempo, se necessário. Monsoa (2010) num estudo realizado com enfermeiros sobre a percepção dos erros que cometeram, constatou que a maioria entende que deve reparar o erro cometido com a consciência de que se tal não suceder pode haver consequências graves e que apenas se sentem bem consigo próprios quando procedem a esta reparação. A execução correcta do procedimento é uma forma de recuperação que incide no processo de modo a evitar a sua reincidência. O processo de recuperação incide na produção do erro, de modo a evitar a sua reincidência, através da revisão cognitiva dos procedimentos que o provocaram, e a impedir que volte a suceder (Silva, 2001).

Houve necessidade do procedimento ser efectuado pelo supervisor no caso de um estudante do 2º ano e de outro do 4º ano.

³³ Alguns medicamentos como este, administrado com pipeta directamente na boca do cliente, dependendo da condição do doente e de alguns serviços, ficam na sua unidade para seu uso exclusivo.

“(...) o orientador ‘tomou conta’ da situação realizando ele a gasimetria. (...) o orientador preferiu que eu não continuasse e fez ele a gasimetria.” E2-25:L32-33; 93-94

Neste caso, o supervisor protegeu a segurança do cliente e, enquanto guiou a aprendizagem do estudante, demonstrou-lhe como agir, sem o sujeitar imediatamente ao procedimento em que errou e sobre o qual necessitava de reflectir e, idealmente, de treinar de modo a actuar com mais segurança no futuro (Agéll et al., 2000; Idczak, 2007; McGregor, 2005; Ponton, 2002).

Um estudante do 2º ano afirmou que salvaguardou a intimidade do cliente.

“(...) neste espaço de tempo, tapei o abdómen à senhora (...)” E2-21:L75

A intimidade e a privacidade do cliente hospitalizado são facilmente desrespeitadas e colocadas em perigo (Martin, 2008; Rispail, 2002), um erro que pode lesar a dignidade humana (Watson, 1985, 2002). Desde o contacto mais inicial, os estudantes têm de desenvolver sensibilidade e capacidade neste âmbito.

Um participante do 4º ano declarou que procedeu à verificação dos conhecimentos.

“E eu estive a dizer o que devíamos fazer: despistar hipoglicémia, fazer reforço alimentar (...)” E4-10: L20-21

Dois estudantes, um de cada ano, revelaram ter estudado mais.

“Esforcei-me mais. No dia seguinte a medicação já estava mais ou menos sabida.” E2-27: L117-118

No caso de um erro, há necessidade de rever os conhecimentos e reflectir nos procedimentos seguintes para a reparação posterior (Silva, 2001).

No segundo relato está reflectida a necessidade de estudar a medicação. Efectivamente, para a administrar é indispensável possuir conhecimentos sobre o princípio activo, as indicações, contra-indicações, efeitos secundários/adversos e cuidados especiais (Martin, 2008). O estudante deve saber a medicação dos clientes e estar familiarizado com a mais comum no serviço para actualizar os conhecimentos. Por outro lado, os conteúdos programáticos de farmacologia devem, preferencialmente, acompanhar todo o curso em vez de se concentrarem no primeiro ano (Gregory et al., 2007; Martin, 2008; Page & McKinney, 2007; Santos & Padilha, 2007).

A comunicação do erro foi uma acção desenvolvida a diversos intervenientes, nomeadamente, *à equipa de enfermagem*, por parte de um estudante do 4º ano.

“(…) passar aos colegas da noite para eles também irem despistando.” E4-10: L22-23

O mesmo estudante comunicou *ao médico por ser erro de medicação*.

“E também dissemos ao médico se ele quisesse fazer alguma alteração, fazia.” E4-10: L23-24

Outro estudante do 4º ano comunicou ao cliente.

“(…) expliquei [ao cliente] que não me estava a conseguir lembrar do seu nome e perguntei como gostava de ser chamado.” E4-36: L104-105

Comunicar para que todos os profissionais possam despistar imediatamente qualquer complicação e agir em consonância, é uma etapa proposta por Berman (2006) após um erro. O mesmo autor considera que se deve comunicar ao cliente. Quanto à comunicação do erro ao médico, não encontramos suporte para este resultado mas entendemos que assim o seja no caso de erro de medicação porque é este o profissional a quem compete a prescrição de fármacos. No estudo de Monsoa (2010) uma minoria de enfermeiros indicou que comunicava o erro cometido. Porém, no de Lobo (2008), os enfermeiros afirmaram que comunicavam os seus erros ainda que os que tinham mais experiência o fizessem menos por receio de comprometer a sua idoneidade profissional.

Há duas unidades de análise do 2º ano, a afirmarem a inexistência de acções efectuadas.

“Nada foi feito no dia.” E2-25: L151

Para a segurança do cliente e para a aprendizagem e desenvolvimento do estudante há procedimentos a efectuar por toda a equipa (Berman, 2006).

Um estudante do 2º ano referiu ter procedido à repreensão do cliente.

“De seguida repreendeu-se o cliente (…)” E2-19: L99

Este dado afigura-se-nos preocupante pois a repreensão de um cliente não se coaduna com a relação terapêutica. Pela verbalização do participante, o supervisor também o fez. Daí, a relevância, neste e noutros casos, de se instituírem salvaguardas tendentes a garantir a selecção mais adequada dos supervisores clínicos. O imperativo da sua

selecção judiciosa decorre da circunstância de serem considerados modelos por excelência dos cuidados de enfermagem a prestar no contexto da formação em apreço.

No que se refere às **acções** que os estudantes consideraram **que devem ser efectadas após o erro**, o que sobressaiu foi assumir o erro registado num total de 72 unidades de análise, sendo 61 do 2º ano e 11 do 4º ano.

Assumir o erro de modo *inespecífico*, apresenta-se em 12 unidades de análise do 2º ano e três do 4º ano.

“(...) admitir sempre o nosso erro (...). Não esconder o nosso erro!” E2-12: L260; 262

Onze unidades de análise do 2º ano e duas do 4º ano referem que se deve assumir o erro *perante o cliente*.

“Admitir perante o cliente (...) em caso do cliente acho que todos temos o direito de saber se foi cometido algum erro (...). O cliente tem o direito de saber se foi cometido algum erro.” E2-25: L189; 190-192; 193-194

Assumir o erro perante o supervisor é referido em dez unidades de análise do 2º ano e duas do 4º ano.

“Mas em qualquer situação é falar com o orientador sobre o que se fez (...)” E2-17: L147-148

Houve estudantes que expõem em seis unidades de análise no 2º ano e duas no 4º ano que se deve assumir o erro *perante o enfermeiro chefe*.

“(...) como futura enfermeira devo transmitir o erro à minha enfermeira-chefe. (...) devemos referi-lo ao nosso superior hierárquico (que é a enfermeira-chefe)” E4-39: L57-58; 83-84

Oito unidades de análise, apenas do 2º ano, demonstram que o erro deve ser assumido *perante os outros enfermeiros*.

“Caso o erro seja considerado reversível, tentar relatar a algum colega o sucedido... para perceber se este pode ou é capaz de resolver (exemplo má administração de uma terapêutica (...)) poderei não saber qual o antídoto, mas deverei alertar algum colega para o sucedido e perceber até que ponto o erro possa ser corrigido). (...) assumido aquando da passagem de turno.” E2-23: L256-260; 264-265

Assumir o erro cometido é também indicado *perante os colegas* em cinco unidades de análise do 2º ano.

“(...)informar os colegas do sucedido porque pode ser necessário continuar a monitorizar um determinado dado e essa informação tem de ser passada aos colegas do turno seguinte.” E2-26: L186-188

É entendido através de quatro unidades de análise do 2º ano e uma do 4º ano que o erro cometido deve ser assumido *perante os superiores hierárquicos*.

E por cinco estudantes do 2º ano e um do 4º ano, também *perante a equipa do serviço*

Santos et al. (2007) verificaram a necessidade de não esconder o erro e como isso proporcionou mais tranquilidade aos enfermeiros que o cometeram. Por seu lado, o cliente tem o direito de saber que foi alvo de um erro enquanto o estudante e o supervisor lhe devem pedir desculpa pelo sucedido (Berman, 2006). O imperativo de comunicar ao supervisor um erro que este não tenha presenciado é consistente com os princípios éticos e de conduta que enformam a aprendizagem clínica (Abreu, 2003; Agélli et al., 2000; Carvalho, 2005; Fonseca, 2006; Melo, 2005; Reilley & Obermann, 1999). Para a reparação em procedimento posterior e atendendo à continuidade da prestação de cuidados, todos os profissionais, nomeadamente os enfermeiros, têm de saber o que sucedeu. O relato aos colegas, sugere que a ocorrência deve ser partilhada e objecto de reflexão conjunta dos pares com o supervisor, de modo a permitir que todos aprendam com o erro (Berman, 2006). A vigilância rigorosa do cliente por todos os intervenientes possibilita despistar eventuais complicações, de modo a minimizá-las ou anulá-las e assegurar a continuidade de cuidados. Simultaneamente, permite ao estudante assumir a responsabilidade pelos seus actos e aprender com as experiências vivenciadas.

Dezanove unidades de análise, 16 do 2º ano e três do 4º ano, indicam que se deve proceder à reparação do erro.

“(...) fazer os possíveis e impossíveis para contrariar as consequências que aquele erro possa ter feito.” E4-42: L104-105

Neste estudo, a reparação do erro consta dos procedimentos que os estudantes referiram como tendo sido efectuados e nas acções que consideraram necessárias.

As acções de recuperação são igualmente apontadas em duas unidades de análise de cada ano.

“(...) não voltar a repeti-lo (...). Depois é arranjar estratégias para que não se volte a repetir.” E4-38: L180; 190-191

Atendendo ao medo que os estudantes têm de voltar a cometer um erro (McGregor, 2005) e ao stress associado a essa possibilidade (Sawatzky, 1998), compreende-se que esta percepção faça, também, parte das percepções dos estudantes que participaram neste estudo.

A tomada de consciência de que errou está presente em oito unidades de análise do 2º ano e uma do 4º ano.

“Primeiro que tudo tomar consciência de que erraram (...) consciencializar o erro (...)” E4-40: L93; 184

Uma unidade de análise do 2º ano e três do 4º ano demonstram que os estudantes consideraram que a reflexão sobre a acção é necessária após se cometer um erro.

“Tentar perceber as razões que o levaram a fazer.” E4-38: L183

A tomada de consciência de que errou, consistente com outros resultados empíricos do domínio (Santos et al., 2007), sugere que, para se poder aprender com o erro, o primeiro passo é ter consciência da sua ocorrência.

O registo demonstra que a reflexão após o erro é essencial para o estudante tomar uma decisão consciente, promover a sua aprendizagem e assegurar os melhores resultados na prestação de cuidados. Assim, o supervisor deve encorajar essa atitude nos formandos (Abrahão, 2007; Berman, 2006; Carvalho, 2005; Martin, 1991), estando em causa uma pedra basilar da pedagogia clínica assente no propósito de trabalhar as capacidades de observação, de antecipação, de inferência, de transferência e de generalização, cuja prossecução assume diferentes modos: oral; escrito; estudo de caso; análise de incidentes críticos (Martin, 1991).

Cinco unidades de análise do 2º ano e duas do 4º ano indicam que se deve assegurar o bem-estar do cliente.

“(...) o primeiro que eu faria era ver se a pessoa estava em segurança (...) sempre tendo por base a segurança e bem-estar do utente.” E4-37: L32-33; 39-40

O bem-estar e a segurança dos clientes é a principal responsabilidade de estudantes e enfermeiros (Gregory et al., 2007; Martin, 2008). Assegurar esse estado e condição constitui um imperativo reconhecido e aceite pelos primeiros (Ribeiro, 1995), que temem prejudicar as pessoas a quem prestam cuidados (Gross et al., 1994).

O pedido de ajuda é considerado em quatro unidades de análise do 2º ano e uma do 4º ano.

“(...) eu iria ver se o conseguia resolver sozinha ou se seria necessário recorrer à restante equipa de enfermagem que estivesse a trabalhar comigo (...)” E4-37: L37-39

De forma similar, Santos et al. (2007) verificaram que o pedido de ajuda era uma das estratégias adoptadas pelos enfermeiros após cometerem um erro, tanto para resolver a situação como para tranquilizar-se.

Três unidades de análise do 2º ano e uma do 4º ano indicam que se deve arcar com as consequências.

“(...) acarretar com as responsabilidades e consequências do mesmo (...) Assumir no sentido: Fomos nós que o cometemos, vamos responder por ele.” E4-38: L179-180; 182-183

Um erro pode comportar consequências negativas para quem o comete. Para os enfermeiros estão descritas penalizações orais ou escritas e julgamentos civis, legais e éticos que podem chegar à suspensão do exercício profissional (Santos et al., 2007). Juntam-se, ainda, a estas consequências, psicologicamente traumáticas, outras de natureza financeira, também muito penalizadoras (Armitage, 2005). Para os estudantes, as principais consequências estão na avaliação, sendo esta, frequentemente, a principal fonte de ansiedade, quando associada à atribuição de uma classificação (Carvalho, 2005). Esta situação pode conduzir à reprovação ainda que os professores se questionem sobre quantos erros são necessários para tal (Mc Gregor, 2007).

Duas referências do 2º ano consideram que as acções a desenvolver dependem do erro cometido.

“(...) depende da dimensão do erro e da prestação.” E2-21: L121

Duas unidades de análise de estudantes do 2º ano apontam para se proceder à comunicação se for erro de medicação

“Se for um erro grave, de medicação. Administrar a medicação errada, aí deve-se contar logo.” E2-18: L201-202

E, mais especificamente, comunicação ao médico no caso de *erro de medicação*, presentes em duas unidades de análise também do 2º ano.

“(...) falar com o médico, com quem prescreve e quem sabe qual é o antídoto ou o que dar.” E2-18: L203-204

Um estudante de cada ano foi mais além entendendo que se deve registar o sucedido

“Registar, comunicar, registar o erro foi este, no dia e hora tal, teve como consequências (...)” E2-2: L174-175

Os participantes reforçaram a necessidade de comunicação em caso de erro de medicação, pois pareciam estar cientes da sua gravidade. Têm sido os erros considerados mais comuns (Diz & Gomes, 2008), responsáveis por 7000 óbitos por ano (Santos et al., 2007) e um quinto das mortes por eventos adversos nos hospitais norte americanos. A formação de enfermeiros deve preparar para a maior segurança possível neste acto (Page & McKinney, 2007) não só por se tratar dos profissionais mais expostos à possibilidade de cometerem este tipo de erros (Santos et al., 2007), como por lhes ser exigido saber o que fazer no caso de errarem (Santos & Padilha, 2007).

Um estudante do 4º ano referiu a necessidade de detectar o mais rapidamente possível.

“(...) em primeiro lugar é importante que esse erro seja detectado o mais precoce possível.” E4-37: L28-29

Outro, do mesmo ano, nunca ocultar.

“Mas nunca esconder ou ocultar. Isso nunca (...)” E4-38: L183-184

Quanto mais cedo se detectar um erro mais rapidamente se consegue agir de modo a minimizar as consequências para o cliente.

Um estudante do 4º ano entendeu ser necessário manter a calma.

“(...) depois do erro estar cometido, devemos não entrar em pânico (...)” E4-42: L111-112

Ao compararmos as acções que os estudantes efectuaram e as que consideravam que deviam ser efectuadas, encontrámos coerência entre: avaliação do bem-estar do cliente, reparação e comunicação ao médico no caso de erro de medicação. Ou seja, nestes aspectos aquilo que os participantes efectuaram correspondeu ao que entendiam ser a actuação mais acertada após a ocorrência do erro.

3.3.4 - Consequências do erro para os intervenientes.

Um erro atinge as pessoas que estão presentes e que, para além do cliente e do estudante, podem ser outras. Obtivemos resultados de cinco consequências para o cliente: queda; ferimento; atraso na toma de medicação; atraso na refeição; permanecer mais tempo descoberto. As consequências para os prestadores de cuidados foram maioritariamente para os estudantes e uma para o supervisor clínico (Figura 3.14).

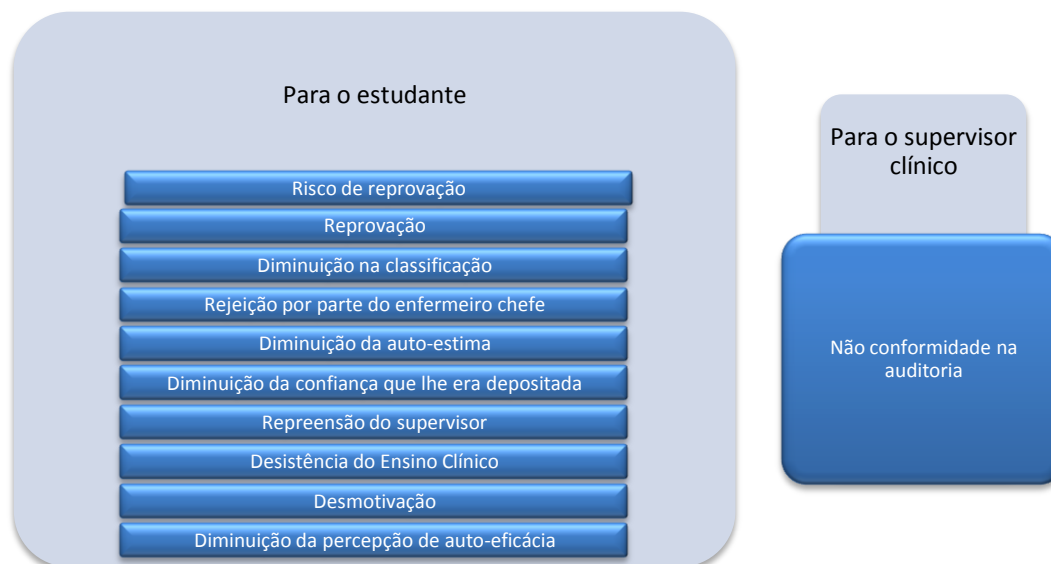


Figura 3.14 - Consequências do erro cometido para o estudante e para o supervisor clínico

No que se refere às consequências **para os estudantes**, dois do 2º ano referiram a diminuição na classificação.

“Eu descí, tive a nota mínima (...). Se não fosse esse erro a nota era muito diferente.”
E2-4: L69; 150

O risco de reprovação foi indicado por dois estudantes do 2º ano e um do 4º ano.

“E [a orientadora] disse que eu tinha posto em causa o meu estágio. (...) a professora também me disse ‘Fizeste um erro gravíssimo’. E eu perguntei se era para chumbar. Ela disse que ia colocar a situação à Escola, à reunião de notas e vai-se ver (...). Eu fiquei à espera de perder.” E2-4: L40; 105-107; 109

Dois estudantes, um de cada ano, reprovaram.

A percepção da diminuição na classificação vai ao encontro do constatado por Carvalho (2005) dos estudantes serem classificados com base nos erros. Os supervisores temem os erros e tendem a avaliar os estudantes de acordo com a sua ocorrência, questionando-

se sobre se devem, ou não, reprovar os envolvidos nesses acontecimentos (Carvalho, 2005). Esta eventualidade provoca muito stress pelo risco de reprovação mas, também, pela incerteza que lhe está associada (McGregor, 2005). Neste estudo, dos estudantes que verbalizaram esta possibilidade, um foi classificado com 10 valores, um desistiu e outro reprovou.

Os estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica têm de cumprir padrões profissionais e salvaguardar o bem-estar do cliente. Alguns não alcançam os níveis exigidos e, neste caso, é indispensável que os supervisores enfrentem a decisão difícil de os reprovar. Alguns problemas que podem levar a esta medida são, entre outros, inconsistências no desempenho clínico, não responder de modo adequado à crítica construtiva, não melhorar o desempenho e demonstrar incompetência organizacional e relacional (Royal College of Nursing, 2007). Killam et al. (2010) reconhecem que a conceptualização da prática insegura de um estudante não é simples mas se aplica aos que mentem, escondem erros e demonstram falta de responsabilidade. Os autores referem-se à importância do desenvolvimento moral, tanto para evitar os erros como para aceitar as suas consequências e consideram, ainda, que a falta de compromisso não deve ser tolerada. Para Tanicala, Scheffer e Roberts (2011) e Shelton (2012), o estudante que não alcança os padrões exigidos deve reprovar. Tanicala et al. (2011) apresentam exemplos de motivos para reprovação: erros de medicação; falta de cuidado com o cliente; conduta não profissional, não ética ou não segura; falta de conhecimentos de fisiopatologia, de medicação ou de outros que fundamentem a prestação de cuidados; incapacidade de reconhecer as suas dificuldades e de proceder a mudanças; incapacidade de solicitar ajuda quando necessária.

Pelo exposto, procurámos os valores dos quatro constructos de base nesta investigação bem como a caracterização dos seus participantes que referiram ter reprovado em consequência de erro cometido. Nenhum trabalhava e ambos eram solteiros e sem encargos familiares, factores entendidos de risco por Killam et al. (2010). No que se refere à percepção de auto-eficácia, o estudante do 4º ano manteve exactamente a mesma pontuação (3.10), enquanto o do 2º ano diminuiu, o que está de acordo com o referido por Shelton (2012) de que os estudantes no início do curso se apoiam nos resultados anteriores enquanto os do final do curso já possuem uma percepção de maior confiança nas suas capacidades. Curiosamente, os dois estudantes mantiveram o mesmo score de locus de controlo, tendendo para a externalidade. Não foi possível a

recolha de dados sobre o desenvolvimento moral porque em ambos os momentos da colheita de dados os seus questionários foram invalidados. No entanto, demonstraram aumento dos respetivos níveis de stress.

Como consequência, um estudante do 4º ano optou por desistir do ensino clínico.

“Chegou a um ponto que eu não consegui mais. E faltei dois dias de estágio e foi aí que decidi que não ia continuar. Porque tudo apontava nas reuniões que não me iam passar. E se passassem era com 10 e eu também não queria isso. (...) eu sabia que ia perder professora e já andava tão nervosa e com a moral tão em baixo que não tive força para continuar (...). Porque sabia que ia chegar ao fim e não ia ser recompensada.” E4-41: L59-61; 65-67

Este relato traduz uma situação extrema, de alguém que tenta suportar um clima que, além de não propiciar a aprendizagem, leva, inevitavelmente, à reprovação. Para manter o esforço e a persistência, o estudante tem de sentir que vale a pena, pois, caso contrário, tende a desistir (Bandura, 1977; Shelton, 2012). As interações com supervisores e professores aumentam ou diminuem as expectativas de resultado consoante a percepção que o estudante constrói das mesmas serem positivas ou negativas (Shelton, 2012).

O estudante acima que desistiu, sentiu desmotivação.

“Mais no final já me sentia desmotivada porque no início estava a gostar imenso.” E4-41: L279-280

E ainda diminuição das suas percepções de auto-eficácia.

“Ia sempre a pensar que ia ser chamada a atenção, que se não conseguisse fazer as coisas todas a tempo e horas que ia-me ser apontado e depois tinha a pressão de ter que mostrar em pouco tempo que conseguia fazer tudo a tempo e horas (...)” E4-41: L280-283

Contextualizando o participante segundo os constructos desta investigação, verificamos que: a média de auto-eficácia percebida manteve-se superior à mediana. Trata-se de um factor que ajuda a lidar com o stress (Bandura, 1997; Ford-Gilboe et al., 1997; Luszczynska et al., 2005; Ng et al., 2006; Ofori & Charlton, 2002). Ora, este participante tinha, antes da aprendizagem clínica, um nível muito elevado de stress e terminou-a com um índice mais elevado ainda. Não indicou a média de classificação que possuía até este ensino clínico mas não tinha unidades curriculares em atraso, ainda que reconhecesse ter cometido erros anteriormente. Desta forma, enquadra-se

num percurso académico regular, não havendo indícios que levem a supor uma diminuição da percepção de auto-eficácia com situações que provoquem incompetência. Porém, é importante atender a que existem outros factores que influenciam a auto-eficácia, como os psicossociais, por exemplo, humor, concepções de habilidade, comparação ou crenças acerca do ambiente (Bandura, 1997). O locus de controlo tendia para a externalidade com a sua acentuação após a aprendizagem clínica e em ambos os momentos de determinação do desenvolvimento moral, os questionários não eram válidos.

Outro estudante do 2º ano referiu diminuição da sua auto-estima.

“Quando uma pessoa começa bem a auto-estima está lá em cima. Algo corre mal, já as coisas começam a ser vistas de outra maneira. E isso notou-se um pouco mal depois disso acontecer.” E2-8: L75-77

A auto-estima é a percepção que um indivíduo possui do seu valor e é importante para a consecução de objectivos, tendo-se verificado que influencia os resultados em aprendizagem clínica e a gestão do stress (Sasat, Naiyapatana & Arayathanitkul, 2002; Valente, 2002). Forma-se a partir das avaliações de competência ou segundo se considere possuir as qualidades valorizadas como positivas ou negativas (Bandura, 1985; Costa, 2002). Segundo Hughes, Wade e Peters (1991) e Olson, Gresley e Heater (1984), o feedback dos supervisores tem uma forte influência na auto-estima dos estudantes em aprendizagem clínica, a qual diminui quando experimentam sentimentos de inadequação ou incapacidade.

Uma consequência referida foi a diminuição da confiança que era depositada até então quer num estudante do 2º ano quer noutro do 4º ano.

“Até à data, sentia que os meus colegas e a minha orientadora sentiam confiança em mim e que eu sabia. E isso veio ao de cima. A partir daquela altura, vê-se “ele comete erros” e o registo estava complicado.” E2-8: L80-83

Numa cultura de culpa pode verificar-se a referida diminuição de confiança em quem cometeu um erro. Esta situação tende a dificultar a aprendizagem considerando que a mesma é favorecida em atmosfera de confiança e abertura (Berman, 2006).

Um estudante percebeu rejeição por parte do enfermeiro chefe após a ocorrência.

“E [a enfermeira chefe] chegou a dizer (...) que não me queria a trabalhar naquele serviço. Que comigo haveria de ter dificuldade em trabalhar comigo porque ela própria tinha muitas vezes de se dominar comigo.” E2-7: L262-265

Dois estudantes do 2º ano e um do 4º ano foram alvo de repreensão do supervisor.

“Não correu bem e ela zangou-se bastante comigo.” E4-37: L111-112

Estes resultados demonstram que a aceitação e o sentimento de pertença às equipas do serviço onde decorre a aprendizagem clínica são indispensáveis ao sucesso da mesma porque aumentam a confiança e a aceitação de novos desafios (Abreu, 2007; Hughes et al., 1991; Rua, 2011). Assim, sentir-se excluído provoca falta de poder e percepção de inutilidade e de inadequação, o que pode ter sucedido com este estudante, cuja percepção de auto-eficácia diminuiu. Uma relação de poder entre supervisor e estudante, tal como reportada no relato da repreensão, não favorece nem a aprendizagem, nem o desenvolvimento e é contrária à relação pedagógica que contribui para o sucesso (McGregor, 2005).

Quanto aos profissionais, houve consequências **para o supervisor clínico**, enfermeiro do serviço a quem foi atribuída não conformidade na auditoria.

“Foi várias vezes lá a enfermeira que fazia parte da acreditação. E a minha orientadora acabou por ficar com uma ‘não conformidade’ por causa disso (...)” E4-9: L112-115

Este episódio ilustra o que temos afirmando quanto a quem cabe a responsabilidade última do erro do estudante, ou seja, ao enfermeiro prestador de cuidados.

3.3.5 - O que poderia ter evitado o erro.

De acordo com o que nos foi referido, considerámos o que poderia ter evitado com base nas seguintes subcategorias: **por parte de si próprio**, quando o estudante considerou que poderia ter agido de modo a evitar a ocorrência; **por parte do supervisor**, se o que poderia ter evitado o erro era uma acção desenvolvida pelo supervisor clínico ou pelo supervisor pedagógico; **por parte do contexto do serviço**, ao referir-se a aspectos relacionados com o serviço que teriam evitado o sucedido; **por parte do contexto de ensino/aprendizagem vigente na ESEnFPD**, relativamente a factores do processo ensino/aprendizagem da instituição académica e que abrangem o período teórico, bem

como o planeamento, o desenvolvimento e a avaliação do ensino clínico. Portanto, neste espaço de análise, retomámos a mesma categorização dos “Contributos para o Erro” (subcapítulo 3.3.1). O Quadro 3.26 sintetiza esta categoria.

Em primeiro lugar, os estudantes consideraram que o que poderia ter evitado o erro que cometeram tinha a ver **consigo próprios**, a seguir, com o **contexto de ensino/aprendizagem vigente na ESEnfPD**, com os **supervisores** e, por último, com o **contexto do serviço** onde decorreu a aprendizagem clínica.

Analisámos a subcategoria 1, **Por parte de si próprio**, de acordo com o seguinte: de âmbito cognitivo; de âmbito relacional; de âmbito afectivo; de âmbito físico.

O que poderia evitado seria, em primeiro lugar, de âmbito cognitivo, com 19 unidades de análise do 2º ano e 11 do 4º ano, seguindo-se de âmbito relacional, com oito unidades de análise do 2º ano e dois do 4º ano, depois de âmbito afectivo, com cinco unidades de análise do 2º ano e do 4º ano, respectivamente e, em último, de âmbito físico, com seis unidades de análise do 2º ano e três do 4º ano.

Quadro 3.26 - O que poderia ter evitado o Erro

| Subcategoria 1 | Subcategoria 2 | Subcategoria 3 | Subcategoria 4 | Nº unidades de análise | |
|---|----------------------|---------------------------------------|-------------------------------|------------------------|--------|
| | | | | 2º ano | 4º ano |
| Por parte de si próprio | De âmbito cognitivo | Mais atenção | | 8 | 5 |
| | | Planeamento diferente | | 2 | 2 |
| | | Mais reflexão | | 3 | 1 |
| | | Mais auto-confiança | | 1 | 2 |
| | | Melhor estabelecimento de prioridades | | 1 | 1 |
| | | Conhecimentos | | 2 | 0 |
| Mais estudo | | | | 2 | 0 |
| Sub-total | | | | 19 | 11 |
| | De âmbito relacional | Melhor comunicação | Com o/s supervisor/es | 3 | 1 |
| | | | Com o cliente | 2 | 1 |
| | | | Com colega | 1 | 0 |
| | | Melhor relação com o/s supervisor/es | Não ter medo | 1 | 0 |
| | | | Conseguir pedir ajuda | 1 | 0 |
| Sub- total | | | | 8 | 2 |
| | De âmbito afectivo | Mais calma | | 5 | 3 |
| | | Controlo do stress | | 0 | 2 |
| Sub- total | | | | 5 | 5 |
| | De âmbito físico | Mais experiência | | 5 | 3 |
| | | Ter faltado naquele dia | | 1 | 0 |
| Sub- total | | | | 6 | 3 |
| Sub- total da subcategoria 1 | | | | 38 | 21 |
| Por parte do contexto de ensino/aprendizagem vigente na ESEnFPD | | Mais tempo | Para as diversas actividades | 1 | 0 |
| | | | No serviço | 1 | 0 |
| | | | Para conhecer o cliente | 1 | 0 |
| | | Menos pessoas a observar | | 1 | 1 |
| | | Mais práticas laboratoriais | | 0 | 2 |
| Sub-total | | | | 4 | 3 |
| Por parte do/s supervisor/es | | Atender à experiência do estudante | | 3 | 0 |
| | | Presença e supervisão | | 1 | 2 |
| Sub-total | | | | 4 | 2 |
| Por parte do contexto do serviço | | Melhor comunicação | Por parte do médico | 0 | 1 |
| | | | Por parte do enfermeiro chefe | 0 | 1 |
| Sub-total | | | | 0 | 2 |
| Total | | | | 46 | 28 |

Assim, a percepção do que teria evitado o erro, **por parte de si próprio** e de âmbito cognitivo seria mais atenção, presente em oito unidades de análise do 2º ano e cinco do 4º ano.

“Ter mais atenção. Aos invólucros, às validades, tudo. Os invólucros dizem tudo. E nesse caso era mesmo isso. Ver o que é que dizia. Eu vi mal; nunca associei aquele invólucro à metade e tinha lá escrito.” E2-6: L71-73

A existência de mais reflexão teria evitado os erros cometidos, segundo três unidades de análise do 2º ano e uma do 4º ano.

“(…) deveria ter tido a frieza de pensar sobre a situação (…)[1.ª vez em que fui confrontado em estagio com tal situação...serviu para perceber quais os limites que nós alunos deveremos ter em consideração]” E2-23: L58

A prestação de cuidados de enfermagem está repleta de detalhes a que o estudante tem de estar atento e nos quais necessita de reflectir (Martin, 2008).

O planeamento ter sido diferente é factor que teria evitado os erros de acordo com duas unidades de análise de cada ano.

“Nesse caso era mesmo ter imobilizado o cliente ou ter esperado um pouco mais de tempo antes de me ter ausentado para limpar o meu local de trabalho e ter ficado junto do cliente de modo a que esse processasse que estava novamente com AVP e ajudá-lo a ver que não devia retirar.” E2-19: L79-63

Um estudante de cada ano referiu melhor estabelecimento de prioridades.

“(...) definir as prioridades mais indicadas no momento (...)” E2-12: L60

O planeamento em apreço estaria em consonância com as normas, os procedimentos, os princípios de intervenção e a relação terapêutica. A aprendizagem clínica assenta em normas que são essenciais nos estádios iniciais de desenvolvimento de competências (Baxter & Boblin, 2007; Benner, 1984; Casterlé et al., 1997) e o desrespeito às mesmas e aos padrões estabelecidos é considerado prática insegura dos estudantes de enfermagem (Killam et al., 2010). Nos participantes que se referiram a este factor verificamos que, segundo a sua percepção, os contributos para o erro que se relacionaram consigo próprios incluem factores que, efectivamente, seriam passíveis de um planeamento diferente, nomeadamente: “identificação de problema no cliente” (E2-20); “organização das suas actividades” (E2-20; E4-41); “falta de atenção” (E4-29; E4-41). Estabelecer prioridades pressupõe competências de planeamento e antecipação que um estudante, numa primeira experiência clínica, poderá ter dificuldades.

Há uma unidade de análise do 2º ano e duas do 4º ano a indicarem mais auto-confiança.

“(...) se eu tivesse mais confiança e segurança em mim isso teria sido evitado.” E4-28: L56-57

McLaughlin et al. (2007) consideram que o ensino de enfermagem tradicional é adverso à auto-confiança e que, para contrariar esta tendência, é indispensável ajudar o estudante a aprender a aprender e dar-lhes mais poder através de feedback adequado.

Dois unidades de análise relativas a estudantes do 2º ano consideram que os conhecimentos teriam evitado o erro.

“(...) mais conhecimentos sobre a cirurgia que [o doente] fez.” E2-16: L56

Sucendendo em mesmo número e ano à alusão a mais estudo.

“(...) devia ter estudado mais (...)” E2-3: L155

Os conhecimentos, discutidos antes, são um dos alicerces da aprendizagem clínica, sem os quais existe a possibilidade de erro. Logo, manter a actualização constante através do estudo será uma obrigação de estudantes e profissionais.

A subcategoria que se segue, atendendo à totalidade das unidades de análise é de âmbito relacional, ainda que seja a última para os estudantes do 4º ano. Nela, sobressai a melhor comunicação, indicada *com os supervisores* em três verbalizações do 2º ano e uma do 4º ano.

“Se calhar melhor comunicação entre a orientadora e o aluno. Da minha parte, eu podia ter combinado uma hora com a professora.” E2-4: L72-73

A melhor comunicação também é referida *com o cliente*, em duas unidades de análise do 2º ano e uma do 4º ano.

“Era simples... tinha de início proposto ao senhor que para sua segurança estaria presente para o apoiar e fazia aquilo que lhe disse que fiz: ele lavava-se de cuecas e quando se trocava eu enrolava-lhe a toalha” E2-11: L73-76

E ainda *com colega*, segundo um estudante do 2º ano.

“(...) devia primeiro ter falado com o meu colega sobre a consequência de ele ter cometido o erro e eu ter pago por isso.” E2-17: L120-122

Como os dados revelam, a importância da comunicação é constante em todo o contexto dos cuidados de enfermagem e com todos os intervenientes.

A melhor relação com o/s supervisor/es, nomeadamente, *não ter medo* deles, foi indicado por um estudante do 2º ano.

“(...) não me deixar intimidar pela professora.” E2-4: L203

E *conseguir pedir ajuda*, por outro do mesmo ano.

“(...) pedir mais apoio ao orientador se necessitar.” E2-24: L83

Sendo os supervisores o mais importante recurso do estudante, não ter medo e ser capaz de lhes pedir ajuda contribui para a prestação de cuidados seguros bem como para a aprendizagem e desenvolvimento de conhecimentos e competências em enfermagem. Nessa medida, a relação empática entre os dois assume grande importância (Fonseca, 2006; Killam et al., 2010; Reilley & Obberman, 1999; Rua, 2011; Valsecchi & Nogueira, 2002). Evitar o supervisor é, pelo contrário, característica de uma prática insegura (Killam et al., 2010; Rua, 2011).

A subcategoria seguinte é de âmbito afectivo, com igual número de unidades de análise em cada ano, cinco, sendo a quarta no 2º ano e a segunda no 4º ano. Encontramos mais calma como factor que teria evitado o erro em cinco verbalizações do 2º ano e três do 4º ano.

“Quando eu estou calma, quando estou a fazer as coisas com calma, estas coisas não me acontecem.” E4-9: L21-22

Foi demonstrado que um estado de espírito calmo influencia positivamente o desempenho dos estudantes, ao contrário da ansiedade (Cheung & Au, 2011). A antecipação das consequências implica que o indivíduo pense e avalie a adequação dos seus conhecimentos, capacidades de raciocínio e estratégias para agir (Bandura, 1985; Costa, 2002), mas o mesmo comportamento tem diferentes efeitos consoante outros factores como o tempo, o lugar e as pessoas a quem se dirige (Bandura, 1985; Benner, 1985).

O controlo do stress é endossado em duas unidades de análise do 4º ano.

“Eu tenho que aprender a controlar mais o meu stress (...).” E4-9: L28-29

A capacidade de gerir o stress em aprendizagem clínica (Sivberg, 1998) é importante, pois como verificámos, dos constructos em estudo, o stress foi aquele que manifestou mais associações à ocorrência de erro.

Finalmente, o que de âmbito físico poderia ter evitado o erro, apresentou-se como o terceiro factor em cada ano.

Cinco unidades de análise do 2º ano e três do 4º ano consideram que mais experiência teria evitado a ocorrência.

“Se tivesse tido mais prática anteriormente (...) e em estágios anteriores se tivesse tido a oportunidade de realizar algaliações.” E4-31: L79; 80-81

A experiência implica sempre uma primeira vez. Por isso, e porque a enfermagem lida com seres humanos nas suas fragilidades e a prestação de cuidados exige perícia, a simulação em laboratório permitiria que o estudante adquirisse a destreza e segurança necessárias ao desempenho das tarefas de aprendizagem clínica em ambiente controlado, treinando e reflectindo, as vezes necessárias, com recursos multimédia e modelos anatómicos (Benner, 1984; Chlan et al., 2005; Reilley & Obermann, 1999).

Finalmente, um estudante considerou que o que poderia ter evitado o erro cometido era ter faltado naquele dia porque se encontrava na situação peculiar de não ter dormido nessa noite por ter outra actividade. Recordamos que Martin (2008), entre outros autores, aconselha parcimónia em relação à actividade laboral paralela dos estudantes de enfermagem.

No âmbito do que poderia ter evitado o erro, a subcategoria 1 seguinte mais representada refere-se aos factores **do contexto de ensino/aprendizagem vigente na ESEnfPD**. Assim, um estudante de cada ano referiram menos pessoas a observar.

“Não ter tantos olhos à minha volta. (...) além de mim e do orientador estavam mais três colegas no quarto (...)” E2-25: L59; 61-62

Estes resultados encontram fundamento teórico pois ser observado provoca ansiedade e stress (Reilley & Obermann, 1999) bem como inibição e, consequentemente, a possibilidade acrescida de errar (Rua, 2010).

Mais práticas laboratoriais, está presente em duas unidades de análise do 4º ano.

Como referimos antes, as práticas laboratoriais permitem que o estudante já tenha treinado antes da aprendizagem clínica mas também pode ocorrer durante a mesma se se detectam problemas de modo a incrementar a perícia e manter a segurança do cliente (Reilly & Obermann, 1999).

Um estudante do 2º ano referiu-se à necessidade de mais tempo para as diversas actividades.

“Mais tempo (...) [Eu tinha que esquematizar as coisas e como isto falhou à primeira, o resto ia falhar sempre].” E2-5: L46; 47-48

Alguns estudantes necessitam de mais tempo para aprender (Abreu, 2003; Peixoto, 1986) e para ter sucesso (Carvalho, 2005; McGregor, 2005; Reilley & Obermann, 1999). Por outro lado, conforme demonstrado, o tempo é um factor indispensável na prestação de cuidados sem erros (Diz & Gomes, 2008).

O mesmo estudante entendeu que esse tempo seria igualmente *no serviço*.

“Se fossem as coisas divididas de outra maneira, ou a norma, a gente vinha para a Escola à 5ª feira e achávamos que devíamos ir para a prestação de cuidados (...)” E2-5: L195-197

As competências levam tempo a adquirir e o caminho da proficiência não é linear; tem recuos, desvios e momentos de aparente estagnação (Benner, 1984; Bandura, 1997). Verificou-se que o tempo em aprendizagem clínica tende a ser insuficiente (Carvalho, 2005; Rua 2010) ainda que os ensinamentos clínicos em que este estudo incide sejam os de maior duração na ESEnfPD. Complementando com os dados nas Figuras 3.5 e 3.9, concluímos que é depois das seis e das sete semanas de aprendizagem clínica que os estudantes começam a sentir mais facilidade e a cometer menos erros, pelo que ensinamentos clínicos com menor duração tendem a não ser adequados para o desenvolvimento das capacidades e competências necessárias.

Outro participante do 2º ano indicou a necessidade de ter mais tempo *para conhecer o cliente*.

“Ter tido alguns momentos antes da realização do penso mais a sós com o cliente para que este também ficasse mais seguro com o meu desempenho.” E2-16: L54-56

O estudante deve preparar-se para o cliente de modo a conhecê-lo, ao processo, à sua história pessoal e clínica bem como à medicação e outras terapêuticas. É também indispensável que estabeleça com ele uma comunicação eficaz e adequada antes de lhe prestar cuidados (Martin, 2008).

O que poderia ter evitado o erro **por parte do/s supervisor/es** inclui duas subcategorias. Uma das identificadas em três unidades de análise do 2º ano diz respeito a atender à experiência do estudante.

“(...) da parte do orientador não ter insistido tanto comigo por eu não sentir o mesmo do que ele. Era a primeira vez que efectuava aquele procedimento, a meu ver é natural não ter tanta sensibilidade quanto ele que já tem imensa prática.” E2-20: L41-44

O supervisor deve estabelecer um clima de confiança que seja simultaneamente exigente e estimulante, com a criação de condições que possibilitem o desenvolvimento pessoal e profissional, planeando estratégias com essa finalidade (Alarcão & Tavares, 2007). Deve ir ao encontro do estudante (Fonseca, 2006), permitindo-lhe desenvolver-se progressivamente, proporcionando-lhe tempo para progredir nas aprendizagens com segurança (Martin, 1991) de acordo com as suas capacidades de agir em situação (Rua, 2011). É necessário, ainda, garantir o que Abreu (2007) indica sobre a selecção das intervenções de acordo com o “princípio da autonomização e responsabilidade crescente” (p. 169). Este princípio respeita o nível de desenvolvimento de cada estudante, orientando-o, aconselhando-o e encorajando-o a partir dele.

A subcategoria apontada numa unidade de registo do 2º ano e duas do 4º ano reporta-se à presença e supervisão.

“A presença e supervisão de pelo menos um orientador. (...) [se] os orientadores dissessem ‘muito bem vamos hoje administrar a medicação da manhã e vamos ficar por aqui a orientar-vos.’ E2-19: L154; 170-172

A aprendizagem da prestação de cuidados de enfermagem implica sempre a presença do supervisor (Fonseca, 2006; Kushnir, 1986) visto a mesma só acontecer sob acompanhamento habilitado e atento, dispensado com a finalidade de promover cuidados seguros e de qualidade, e, portanto, uma supervisão contínua (Abreu, 2003). Esta será tão mais próxima quanto mais principiante for o estudante, de modo a melhor fomentar a aprendizagem e a evitar a ocorrência de erros (Koren et al., 2007). Por seu lado, os estudantes desejam alguém com quem possam aprender e, por vezes, sentem-se sós (Carvalho, 2005). O facto do estudante prestar cuidados sozinho quando deveria estar acompanhado pelo supervisor comporta riscos para quem aprende e para o profissional, que será responsabilizado por alguma prática menos recomendada.

Por parte do contexto do serviço foi referida a melhor comunicação por parte do médico, na percepção de um estudante do 4º ano.

“O médico ter dito o nome da senhora não é?” E4-28: L207

E por parte do *enfermeiro chefe*, indicado por outro estudante do 4º ano.

“[se] a enfermeira chefe me tivesse chamado a atenção ‘subtilmente’ para que a cliente também não ficasse ansiosa.” E4-41: L156-158

Os resultados estão de acordo com perspectivas de que nem todos os serviços têm um contexto favorável à aprendizagem e ao desenvolvimento (Mannix et al., 2009) e todos são estranhos ao estudante que neles entra pela primeira vez, exigindo a sua adaptação (Carvalho, 2005). Os contextos de aprendizagem clínica podem ser psicologicamente pesados e ansiogénicos (Rua, 2011).

3.3.6 - Estratégias para evitar erros de medicação.

Considerando a circunstância dos dados que obtivemos não serem confirmados pela literatura de pesquisa no que diz respeito aos erros de medicação, os quais, no nosso estudo, não foram os mais frequentes e aconteceram em maior número no 4º ano do que no 2º ano, decidimos averiguar as estratégias utilizadas para os evitar. Como os estudantes do 2º ano cometeram menos erros desta natureza, as suas respostas foram prevalentes; só um formando do 4º ano se referiu a uma estratégia para os evitar. Os resultados subdividem-se em estratégias **por parte do estudante** e **por parte do/s supervisores**, com prevalência das primeiras (Quadro 3.27).

Quadro 3.27 - Estratégias para evitar erros de medicação

| Subcategoria 1 (Interveniente) | Subcategoria 2 (Estratégias) | Subcategoria 3 (Explicitação das estratégias) | Nº de unidades de análise/Ano | |
|-----------------------------------|---|--|-------------------------------|----------|
| | | | 2º | 4º |
| Por parte do estudante | Aquisição de conhecimentos | Em bibliografia | 7 | 0 |
| | | Com o supervisor | 3 | 0 |
| | | Com a equipa do serviço | 2 | 0 |
| | Cumprimento das regras estabelecidas nos “cinco certos” | | 10 | 0 |
| | Confirmação | Antes, durante e após a administração | 3 | 0 |
| | | Antes da administração | 3 | 0 |
| | | Antes e durante a administração | 1 | 1 |
| | Solicitação de supervisão | | 6 | 0 |
| | Consulta do processo clínico | | 3 | 0 |
| | Esquemas mentais | | 1 | 0 |
| | Atenção na passagem de turno | | 1 | 0 |
| | Elaboração dos registos | | 1 | 0 |
| | Atenção ao estado do cliente | | 1 | 0 |
| Sub-total | | | 42 | 1 |
| Por parte do/s supervisor/es | Supervisão durante a preparação e administração | | 4 | 0 |
| | Confirmação dos conhecimentos dos estudantes | | 3 | 0 |
| Sub-total | | | 7 | 0 |
| Total | | | 49 | 1 |

Por parte do estudante, a estratégia mais referida para evitar erros de medicação foi a aquisição de conhecimentos num total de 12 unidades de análise do 2º ano.

Sete unidades de análise do 2º ano manifestaram que os estudantes o fizeram *em bibliografia*.

“(…) por outro lado tinha sempre imensa atenção à medicação nova que era prescrita aos clientes, assim ia para casa no fim do dia de estágio e imediatamente estudava toda a informação relativa ao/s fármaco/s em questão (infarmed, prontuário terapêutico, bula do próprio medicamento), tinha sempre a preocupação de me inteirar de toda a informação respectiva a cada medicamento. Outro dos aspectos essenciais sobre o qual deposei atenção foi saber que tipo de reacções poderia apresentar o meu cliente após a administração de tal terapêutica em questão; - saber identificar depois quais os sinais e sintomas de uma reacção alérgica (ou possível infiltração, flebite, para poder actuar o quanto antes, visando acima de tudo o bem estar do cliente)” E2-23: L190-301

Três do 2º ano indicam que o fizeram *com o supervisor*.

“(…) tentar saber todos os efeitos da medicação que iria administrar; quando não tinha a certeza da medicação perguntava aos orientadores antes de administrar, de forma a ter a certeza do que estava a fazer (…)” E2-18: L212-215

E também *com a equipa do serviço*, segundo duas unidades de análise do 2º ano.

“(...) procurei também sempre que possível aconselhar-me com enfermeiros mais experientes (do serviço de estágio) para que me pudessem explicar e de certo modo aconselhar como deveria fazer uma correcta preparação de um ou outro fármaco (preparação desconhecida até então).” E2-23: L301-305

Os resultados que obtivemos confirmam que, para evitar erros de terapêutica, importa promover a existência de conhecimentos teóricos, e sublinhar a centralidade do supervisor que, por sua vez, deve deter sólidos conhecimentos e competências (Fonseca, 2006; Rua, 2011). A equipa do serviço constitui outro recurso a ter em conta (Henderson, Twentyman, Eaton, Creedy, Stapleton & Lloyd, 2010; Ruth-Sahd, 2011).

O cumprimento das regras estabelecidas nos “cinco certos”, apresenta 10 unidades de análise do 2º ano que reconhecem neste protocolo de segurança para preparação e administração de terapêutica o modo de evitar erros de medicação.

Sete unidades de análise do 2º ano e uma do 4º ano indicam que os estudantes recorreram à confirmação, de diferentes modos, tais como *antes, durante e após a administração*.

“Confirmar a medicação antes da preparação, durante e após a mesma” E2-3: L181

Apenas *antes da administração*, segundo três unidades de análise do 2º ano.

“O facto de confirmar muitas vezes antes de administrar, verificar quando pego no medicamento, no momento em que o preparo e o momento antes de administrar. Era algo que tinha sempre muita preocupação em confirmar.” E2-21: L146-149

E *antes e durante a administração*, por um estudante de cada ano.

“(...) a estratégia utilizada era verificar pelo menos duas vezes a medicação a administrar, na altura da preparação da medicação e no momento antes de administrar.” E2-22: L96-98

A confirmação da medicação ocorre em vários momentos desde a requisição à administração; as confirmações indicadas pelos participantes no nosso estudo são as mais básicas (Anacleto, Rosa, Neiva & Martins, 2010; Miasso, Silva, Cassiani, Grou, Oliveira & Fakih, 2006). Não obstante a referência de que estas medidas evitaram erros de medicação, a confirmação apenas antes ou antes e durante não respeita todas as etapas preconizadas e, concluímos que os estudantes têm lapsos nestes procedimentos de segurança.

Os estudantes evitaram os erros de medicação com solicitação de supervisão, como indicado em seis unidades de análise do 2º ano.

“Pedir a supervisão do orientador durante a preparação de uma medicação em que tenho mais dificuldades (...)” E2-3: L183-184

Este resultado contraria o resultado de Shepherd (2008) de que os estudantes não procuram ajuda dos professores. Os que detêm locus de controlo mais interno e níveis mais elevados de percepção de auto-eficácia tendem a procurar mais apoio do que aqueles cujas expectativas de resultado são orientadas por factores externos (Ofori & Charlton, 2002). O mesmo sucede com os mais velhos (Gibbons et al., 2007, 2009; Ofori & Charlton, 2002) e com os que apresentam histórias pessoais de sucesso (Shelton, 2012).

Os erros de medicação foram, ainda, evitados com consulta do processo clínico, de acordo com as precepções de estudantes do 2º ano expressas em três unidades de análise.

“Consultar o processo do cliente a meu cargo a seguir à passagem de turno; consultar a folha terapêutica do cliente, observar se haviam sido feitas alterações à medicação, e a folha do anestesista se presente no processo.” E2-7: L543-546

Por parte de um estudante do 2º ano, houve atenção na passagem de turno.

Existiu necessidade de atenção ao estado do cliente, por um estudante do 2º ano, e esquemas mentais, por outro do mesmo ano.

“(...) memorizar a medicação e esquematizá-la mentalmente. (...) mesmo antes de preparar a medicação já estava pensando neles mentalmente e na hora "H" já conseguia pensar neles de forma mais correcta e precisa levando a que a preparação saísse com menos falhas.” E2-5: L249-250; 251-254

A passagem de turno é um momento privilegiado de aquisição de conhecimentos bem como de actualização da situação do cliente e a elaboração de registos assegura a continuidade dos cuidados. O conhecimento das prescrições e actualizações efectuadas é essencial porque, frequentemente, há mudança de medicação durante um turno. O estado do cliente pode determinar alteração terapêutica a que o estudante tem de estar atento. Os estudantes de enfermagem estão expostos a uma grande quantidade de informação e conceitos novos, que devem relacionar com procedimentos e horários.

Daí, a importância dos mapas conceptuais enquanto recurso privilegiado no seu domínio de intervenção (Chabeli, 2010; Chen, Liang, Lee & Liao, 2011).

A elaboração de registos foi referida por um estudante do 2º ano.

“Registo através de rubrica na folha de terapêutica.” E2-7: L555

Este relato é curioso pois reflecte não só uma estratégia para evitar erros seus mas, também, por quem der continuidade à prestação de cuidados de enfermagem. Não encontrámos substracto teórico para este resultado mas a documentação dos cuidados prestados faz parte da atribuição das competências dos enfermeiros de cuidados gerais, logo, daquelas a adquirir pelos estudantes de enfermagem.

Quanto às percepções dos estudantes relativamente às estratégias **por parte dos supervisores** que permitiram evitar erros de medicação, houve supervisão durante a preparação e administração, referida em quatro unidades de análise do 2º ano.

“Supervisão da preparação da terapêutica injectável e endovenosa; (...) contra-verificação da folha terapêutica do cliente e o tabuleiro com a medicação preparada; supervisão da administração da medicação no cliente.” E2-7: L567; 572-573; 574

Os supervisores também confirmaram os conhecimentos dos estudantes, como é relatado em três unidades de análise do 2º ano.

“Antes de administrarmos qualquer medicação era-nos perguntado tudo acerca da medicação, desde a sua composição, interacções medicamentos, forma de administrar, se antes ou depois, e foi-nos mostrado a importância de o fazer de forma correcta. O aluno que não soubesse responder não administrava nada sem saber os efeitos secundários. (...) Acho que nesta parte, a forma de ensino foi muito eficaz, porque só administrava quem sabia (...)” E2-24: L253-259 ; 263-264

A preparação e a administração de terapêutica são actividades particularmente sensíveis e, por norma, supervisionadas ao longo do curso consoante o desenvolvimento de cada estudante que demonstra os seus conhecimentos a partir de perguntas sobre o que é considerado indispensável nesta actividade.

Neste subcapítulo verificamos que, relativamente aos contributos para o erro, os mais referidos foram os relacionados com o próprio estudante, nomeadamente os de âmbito cognitivo (com destaque para falta de atenção, não integração no ambiente do serviço, falta de conhecimento e organização das actividades), seguindo-se os de âmbito afectivo (nomeadamente stress devido a experiências clínicas e medo de errar), os de âmbito

físico (com enfoque na falta de experiência) e os de âmbito relacional (evidenciando-se as dificuldades na relação terapêutica com o cliente). A seguir, nos contributos relacionados com os supervisores, sobressairam os problemas na relação. Sucedem-se os relacionados com o contexto do serviço, quer pela existência de uma situação inesperada quer pela falta de atenção do enfermeiro e da equipa do serviço. Nos relacionados com o contexto de ensino/aprendizagem vigente na ESEnfPD destacaram-se os relativos à preparação escolar seja porque a consideraram inexistente ou por a entenderem desadequada. Os contributos relacionados com o cliente apareceram em penúltimo lugar, mais especificamente, o seu comportamento e os contributos relacionados com os colegas foram referidos em último lugar e apenas relativos à sua presença, a assistirem aos procedimentos.

Quanto às reacções do estudante perante o erro que cometeu, destacaram-se as de âmbito afectivo, nas quais a prevalente foi o medo de reprovarem. Seguidamente, as de âmbito cognitivo, com destaque para a tomada de consciência de que errou e a reflexão sobre a acção. As reacções de âmbito relacional foram as terceiras indicadas com a evidência de assumir o erro. As reacções de âmbito físico foram as menos referidas com a reparação e a repetição do procedimento.

Concernente às acções perante o erro cometido, nas efectuadas destacou-se a reparação e nas que consideraram que devem ser efectuadas, o assumir do erro. Houve coerência entre as seguintes acções efectuadas e as que os participantes referiram que se devem efectuar: avaliação do bem-estar do cliente; reparação; comunicação ao médico no caso de erro de medicação.

Nas consequências do erro cometido para os intervenientes foram indicadas cinco para os clientes, a saber, queda, ferimento, atraso na toma de medicação, atraso na refeição e mais tempo descoberto. Para os prestadores de cuidados, as mais reportadas foram para o estudante com dois estudantes, um de cada ano, a reprovarem. Quanto ao supervisor clínico, existiu uma referência a não conformidade na auditoria.

No que poderia ter evitado o erro, o mais referido foi relativamente ao próprio estudante, em primeiro lugar por condições de âmbito cognitivo, com registo de mais atenção, em segundo lugar por condições de âmbito relacional, nomeadamente, melhor comunicação com os supervisores, clientes e colegas, em terceiro lugar por condições

de âmbito afectivo, na qual sobressaiu mais calma por parte do estudante e, em quarto lugar, por condições de âmbito físico, mais concretamente, ser detentor de mais experiência. A seguir, foi considerado o que poderia ter evitado por parte do contexto de ensino/aprendizagem vigente na ESEnfPD, com indicação de mais tempo para as actividades, no serviço e para conhecer o cliente. Por parte dos supervisores, surgiu em terceiro lugar com endosso à atenção à experiência do estudante e à presença e supervisão. Por parte do contexto do serviço foi indicada a melhor comunicação quer com o médico quer com a enfermeira chefe.

Relativamente a estratégias para evitar erros de medicação, os resultados apontaram para as relacionadas com os estudantes e as relacionadas com os seus supervisores. Por parte dos primeiros, a maior evidência foi relativa a aquisição de conhecimentos, seguida do “cumprimento das regras estabelecidas nos ‘cinco certos’” e, por parte dos segundos, a supervisão durante a preparação e administração e a confirmação dos conhecimentos dos estudantes.

3.4 - Percepções dos Estudantes de Enfermagem relativamente à Oportunidade de Aprendizagem e Desenvolvimento a partir dos Erros cometidos em Aprendizagem Clínica

Neste capítulo estão os resultados que permitem compreender a segunda dimensão em estudo, “Percepções dos estudantes de enfermagem relativamente à oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento a partir dos erros cometidos em aprendizagem clínica”. Começamos pela percepção dos participantes quanto ao erro ter constituído uma oportunidade de aprendizagem, seguindo-se os factores facilitadores, a actuação dos supervisores para facilitar essa aprendizagem, os contributos para a aprendizagem e o desenvolvimento enquanto pessoa e futuro enfermeiro, e por fim, a percepção do erro cometido ter sido factor dificultador ou mesmo impeditivo, com os respectivos motivos.

3.4.1 – O erro como oportunidade de aprendizagem.

Os participantes do 2º ano indicaram que 45 erros contribuíram para a aprendizagem, 2 não contribuíram e 5 foram impeditivos da mesma. No 4º ano, 21 erros foram indicados

como tendo contribuído para a aprendizagem e seis como impeditivos. A percepção do erro cometido ter sido oportunidade de aprendizagem está no Quadro 3.28.

Os estudantes perceberam o erro como oportunidade de aprendizagem devido a mudança de comportamento. Verificou-se, especificamente, **evolução posterior e tomada de consciência**.

Quadro 3.28 - Percepção de o erro cometido ter sido oportunidade de aprendizagem

| Subcategoria 1 (Motivo por que contribuiu) | Subcategoria 2 (Explicação dos motivos) | Nº de unidades de análise/Ano | |
|---|---|-------------------------------|-----------|
| | | 2º | 4º |
| Evolução posterior | Mais atenção | 5 | 9 |
| | Não repetir ocorrência | 6 | 2 |
| | Mais cuidado na preparação e administração de medicação | 0 | 7 |
| | Desempenho correcto | 2 | 4 |
| | Planeamento diferente das actividades | 2 | 2 |
| | Inespecífico | 1 | 1 |
| | Percepção diferente da morte | 1 | 0 |
| | Estudar o que não sabia | 1 | 0 |
| | Desenvolvimento da assertividade | 1 | 0 |
| | Desenvolvimento de esquemas mentais | 0 | 1 |
| Sub-total | | 19 | 26 |
| Tomada de consciência | Como agir no futuro | 1 | 1 |
| | Dos seus conhecimentos | 1 | 1 |
| | Da sua acção | 1 | 0 |
| | Importância de confirmar a terapêutica em curso | 1 | 0 |
| | Dos limites da sua actuação | 1 | 0 |
| | De ter de estudar mais | 1 | 0 |
| | Da necessidade de solicitar orientação | 1 | 0 |
| Sub-total | | 7 | 2 |
| Total | | 26 | 28 |

Na **evolução posterior**, evidenciou-se mais atenção, indicada em cinco unidades de análise do 2º ano e nove do 4º ano.

“Claro que a gente fica muito mais atenta a tudo (...) Uma pessoa fica mais desperta! (...) Noutros casos já sabia o que ia fazer, o que podia acontecer, pós-operatórios mais tardios, o que podia acontecer, embolias pulmonares, trombozes venosas. Estava mais desperta para o pós-operatório, para os cuidados a ter, para o que podia acontecer. Tem mais cuidado em saber, mais responsabilidade com aquela pessoa.” E2-18: L83; 87; 92-96

Aprender com os erros implica retomar a confiança em si mesmo e prosseguir com base no aprendido (Arndt, 1994). No caso em apreço, os estudantes consideraram que aprenderam porque passaram a estar mais atentos.

Seis unidades de análise do 2º ano e duas do 4º ano referem-se a não repetir ocorrência.

“(...) depois deste erro, não voltei a repeti-lo quando aprendi correctamente. (...) pois através dele é que permitiu me detectar um ‘constrangimento’ que acabei por eliminar, fazendo assim com que fosse possível a minha evolução no sentido positivo.” E2-13: L58-59; 80-83

Também passou a haver um desempenho correcto, segundo duas unidades de análise do 2º ano e quatro do 4º ano.

“(...) mas o enfermeiro orientador avaliou uma glicémia e eu estava por lá perto e espreitei de longe para o visor e vi o número mais tarde nos registos eu perguntei a glicémia para confirmar o valor. Então eu perguntei: ‘era mesmo esse o valor?’ e ele disse: ‘sim era. Mas eu desconfiada (risos): ‘tem a certeza? eu acho que era X’. ‘Não era’ diz ele. ‘Ora veja lá na máquina’ digo eu. Afinal eu estava certa.” E4-28: L103-108

Na continuação da prestação de cuidados, os estudantes tiveram de resolver os seus problemas de modo a não repetirem o erro. Esse tanto determinou o aperfeiçoamento de estratégias de trabalho que conduziram à sua emancipação progressiva (Bevis, 2005). A aprendizagem ocorre quando há mudança de comportamento. O erro provoca um desequilíbrio cognitivo e desencadeia um estímulo para aprender, que resultará em novo equilíbrio, neste caso sob a forma de solução (Reilley & Obbermann, 1999).

A evolução manifestou-se também por passar a haver mais cuidado na preparação e administração de medicação, aspecto plasmado em sete unidades de análise, todas do 4º ano, cujos estudantes, como verificámos, foram os que cometeram mais erros relacionados com a terapêutica.

“No entanto para que não houvesse novamente este erro, tive a necessidade de arranjar a estratégia de ser eu a rotular com a minha caligrafia a medicação, e identificar o nome do doente aquando da chegada ao quarto, de modo a que este também dissesse de forma clara o seu nome.” E4-29: L162-165

Dos dados obtidos confirmamos que houve mais cuidado e proactividade em tomadas de decisão para evitar outra ocorrência. Isso exige pensar como enfermeiro (Martin, 2008; Reilley & Obermann, 1999), o que estes estudantes seriam daí a semanas. Nestes casos terão desenvolvido uma forma de aprender através da experiência (Fragata & Martins, 2008).

Duas unidades de análise de cada ano demonstram que passou a haver um planeamento diferente das actividades.

“A partir daí adoptei medidas para ele aceitar a minha presença e de forma autónoma (...)o senhor aceitou bastante bem e eu até o ajudei a vestir. (...) aprendi a priorizar as minhas atitudes, a perceber a importância de interligar vários parâmetros, para poder ajudar a satisfazer os cuidados do cliente com um nível mais elevado de segurança tendo em conta sempre a sua decisão e aquilo que é melhor para o próprio.” E2-11: L33-37; 81-85

Um estudante do 4º ano referiu o seu desenvolvimento de esquemas mentais.

“(...) foi um erro que me deu para usar outras estratégias (...) logo me apercebi que as camas ímpares seriam as do lado da janela e pares do lado da porta do quarto, o que de certo modo é uma maneira de jamais nos descuidarmos (...) e quando entrar nos quartos, fazer um trabalho mental para visualizarmos a quem vamos efectuar tal procedimento (...) Apontar pequenos detalhes nas minhas notas, não pensar que tudo faria mentalmente. Recorrer sempre às notas é um grande apoio!” E4-29: L17-18; 27-29; 36-38; 65-66

Um participante do 2º ano declarou que passou a estudar o que não sabia.

“Porque assim preocupei-me mais, em primeiro, estudar o próprio teste, saber o porquê de se fazer (...)” E2-17: L64-65

Também um estudante do 2º ano considerou que contribuiu para o desenvolvimento da assertividade.

“(...) em que em outras situações me soube afirmar dizendo que precisava de mais informações antes de prestar cuidados a outro cliente (...)” E2-16: L64-66

O erro provoca uma dissonância que exige consonância e reequilibração, por interacção das invariantes funcionais da assimilação e da acomodação, processo que possibilita a aprendizagem e o desenvolvimento. Piaget (1972) explica como a aquisição do conhecimento ocorre em espiral; o indivíduo constrói e reconstrói a realidade através de equilibrações internas e externas, resultando o pensamento e a capacidade de conceptualização da regulação da sua actividade interna e externa.

Seja qual for a actividade ou o procedimento a realizar, o estudante tem de saber o que está a fazer, porque o está a fazer e quais as potenciais implicações ou reacções daí advenientes. Para segurança do cliente e melhor consolidação da aprendizagem do formando, o supervisor deve colocar perguntas formativas (Fonseca, 2006; Tavares & Alarcão, 2007) capazes de guiarem a acção.

Segundo Martin (2008), o desenvolvimento desta assertividade deve-se aos desafios e às (novas) actividades que vão acontecendo e é importante para a prestação de cuidados seguros bem como para a aprendizagem.

Por sua vez, um estudante do 2º ano entendeu ter ficado com uma percepção diferente da morte.

“(...) depois desse dia via a morte de maneira diferente. (...) A minha maneira de reagir a uma situação como esta seria diferente, inicialmente tinha medo, ficava nervosa, não tinha presente em mim que a morte é uma passagem na vida como todas as outras e nós, enquanto futuros enfermeiros temos que proporcionar o melhor conforto, higiene, apoio, etc nessa altura.” E2-12: L171-172; 175-179

O contacto com a morte marca os estudantes (Kwekkeboom, Cheryl & Joann, 2006; Rua, 2011) e, conseqüentemente, a sua preparação para esta inevitabilidade deve ser feita ainda durante o período de formação teórica (Liu, Su, Chen, Chiang, Wang & Tzeng, 2011).

Um estudante do 2º ano e um do 4º ano referiram-se a evolução de modo *inespecífico*.

“Por isso, sim, vendo agora, foi um erro que me fez evoluir. (...) Relativamente a consequências que pode ter para mim enquanto pessoa e futura enfermeira, acho que já teve, que foi o facto de ter aprendido com o erro e a encara-lo como uma aprendizagem.” E2-25: L77-78; 84-86

A **percepção de ter aprendido com o erro** ocorreu também por **tomada de consciência**, na qual, um estudante do 2º ano e outro do 4º ano foi de como agir no futuro.

“(...) e não voltar a realizar o mesmo, pois será um acontecimento que nunca mais irei esquecer, e porque todas as vezes que preparava um campo de pensos, lembrava-me do sucedido, pois tive após a noção dos riscos que aquele acto acarretava.” E4-41: L191-195

Dos limites da sua actuação, segundo um estudante do 2º ano.

“(...) serviu para perceber quais os limites que nós alunos deveremos ter em consideração. (...) Não efectuar o que não está ao nosso alcance enquanto alunos estagiários.” E2-23: L59-60; 62-63

Da sua acção por parte de um estudante do 2º ano.

“Que é o facto de que uma pessoa tem de estar ciente do que faz e do que assina. Não é uma coisa leviana. Lá por estar a colocar uma rubrica não é uma coisa leviana... é uma coisa que traz sempre consequências.” E2-7: L96-99

Da necessidade de solicitar orientação, por outro estudante do mesmo ano.

“(...) quando não soubesse, tinha de clarificar com o orientador docente ou do hospital.” E2-24: L151-152

Da importância de confirmar a terapêutica em curso, ainda, para um participante do 2º ano.

“(...) fez-me ver a importância de verificar/confirmar os soros, mesmo tendo sido administrado por outros soros nesse caso.” E2-20: L107-109

O pensamento reflexivo que se encontra nos dados tem o potencial de evitar erros futuros (Berman, 2006) e denota a aprendizagem que ocorreu. A tomada de consciência a partir dos erros cometidos conduz à necessidade de ajuda e, potencialmente, ao empenho na aprendizagem (Alarcão & Tavares, 2007) que verificamos existir nas verbalizações relativas à própria acção, nas necessidades de mudança, na aquisição de mais conhecimentos e no reconhecimento da necessidade de supervisão.

Um estudante de cada ano considerou que tomou consciência dos seus conhecimentos.

“Fez-me perceber mais ainda o quanto é importante o conhecimento e as bases teóricas no exercício da profissão!” E4-38: L158-159

Um estudante do 2º ano aludiu a ter de estudar mais.

“Pensei que os clientes que nos eram distribuídos podiam ter alta a qualquer altura e que para eu não cometer erros tinha de estudar mais (...)” E2-24: L149-151

Os procedimentos habituais têm de ser do conhecimento dos estudantes mas existem os mais raros, ou inesperados. Nestes casos, há mais possibilidade de errar. Deve haver então cuidadosa supervisão e orientação do estudo necessário à prestação de cuidados seguros de modo a haver aprendizagem a partir da prática (Benner, 1984).

3.4.2 - Factores que facilitaram a aprendizagem com o erro.

O complexo processo de ensino/aprendizagem clínica tem a finalidade de um estudante de enfermagem vir a ser um profissional comprometido com a excelência dos cuidados que presta. Pela importância que atribuímos aos factores em estudo, decidimos subdividi-los de modo a incluirmos os que são apontados como contribuintes para a

aprendizagem e o desenvolvimento consoante se relacionam ou não com a actuação do supervisor, de modo que primeiro apresentamos os **relacionados consigo próprio** e os **relacionados com o processo ensino/aprendizagem** (Quadro 3.29) e, posteriormente, os relacionadas com o supervisor que constitui por si só uma categoria.

Quadro 3.29 – Factores que facilitaram a aprendizagem com o erro (excepto os relacionados com o supervisor)

| Subcategoria 1 (Factores facilitadores) | Subcategoria 2 (Especificação dos factores) | Subcategoria 3 | Nº de unidades de análise/Ano | |
|--|--|-----------------------|-------------------------------|----|
| | | | 2º | 4º |
| Relacionados com o estudante | Reflexão sobre a acção | | 3 | 5 |
| | Transferência | | 1 | 3 |
| | Solicitação de supervisão | | 2 | 2 |
| | Assumir o erro | | 3 | 0 |
| | Mais atenção | | 2 | 0 |
| | Recordação da ocorrência | | 2 | 0 |
| | Estudo | | 0 | 2 |
| | Compreensão do efeito do erro | | 1 | 1 |
| | Prática correcta após a ocorrência | | 1 | 1 |
| | Reflexão na acção | | 1 | 0 |
| | Arcar com as consequências | | 1 | 0 |
| | Planeamento diferente das actividades | | 0 | 1 |
| Sub-total | | | 17 | 15 |
| Relacionados com o processo ensino/aprendizagem vigente na ESEnfPD | Reflexão sobre a acção | Em grupo | 1 | 0 |
| | | Com o/s supervisor/es | 1 | 0 |
| | Aprendizagem experiencial | | 0 | 1 |
| Sub-total | | | 2 | 1 |
| Total | | | 19 | 16 |

A sub-categoria mais representada foi reflexão sobre a acção, com três unidades de análise do 2º ano e cinco do 4º ano.

“E muitas vezes eu ia para casa pensar. (...) E eu fui muitas vezes para casa pensar em estratégias ‘como vou fazer isso’, para me despachar mais depressa, o que é que eu tinha de fazer e o que é que eu tinha de deixar de fazer, conseguir gerir o tempo e os cuidados e tudo. (...) E eu ia para casa pensar muito. (...) Eu acho que posto um erro, tentar perceber de onde ele vem (...) há que raciocinar sobre ele.” E4-10: L150-151; 153-157; 170; 230; 235

A reflexão na acção, por sua vez, foi referida apenas uma vez por um estudante do 2º ano.

“(...) sabia que o estava a cometer e que não ia meter o cliente em risco.” E2-24: L90-91

A compreensão do efeito do erro manifestou-se num estudante de cada ano.

“A partir do momento que eu vejo a causa-efeito, não é? Causa: não fixação na algália. Efeito: úlcera de pressão no meato urinário. (...) Eu ao ver aquilo, quer dizer, vi a causa e efeito.” E2-2: L78-79; 81

A reflexão sobre a acção permite novas perspectivas sobre as experiências, mudanças de comportamento e compromissos com a acção. Conscientemente volta-se ao sucedido, reavalia-se, pondera-se no que poderia ter sido feito de modo diferente e depois decide-se em consonância (Merriam & Caffarella, 1999).

No segundo caso, o estudante ao desenvolver um procedimento compreendeu que estava a errar e terminou a sua acção com a ajuda do supervisor. A reflexão durante a ocorrência, em que o indivíduo, cognitivamente, molda o que está a fazer, permite aprender com o erro, exigindo um elevado nível de abstracção e um pensamento minucioso (Berman, 2008). De acordo com Schön (1990) a reflexão na acção é desencadeada pela surpresa e tomada de consciência de que o procedimento não está bem. Tal como a reflexão sobre a acção, permite procedimentos futuros mais seguros e fundamentados (Silva, 2001).

Nos cuidados de enfermagem, as consequências de um erro podem ser demasiado graves e aprender quando as mesmas se manifestam é muito perigoso. Benner (1984) chegou a considerar que os erros graves não devem acontecer. Consequentemente, consideramos que um estudante, logo que erra, deve ter a noção de que algo correu mal, agindo de modo a evitar consequências graves. Reconhecemos que alguns estudantes têm dificuldade em aprender com os seus erros; é o caso do participante cujo erro é reiterado e, como mostrámos, apresenta um comportamento de desvalorização do mesmo, apesar de corrigido pelo supervisor e, até, de observar as consequências negativas da respectiva incidência para os clientes. No conjunto dos estudantes, verificamos que há repetição de erros mas, também, inconsistência de acção por parte dos supervisores.

Assumir o erro, de acordo com três unidades de análise do 2º ano, facilitou a aprendizagem.

“(...) após ter admitido, percebi a sua importância e assimilei-o de tal forma que nunca mais o cometi (...)” E2-16: L45-47

Um estudante de cada ano reconheceu que a prática correcta após a ocorrência lhes confirmou que tinham aprendido.

“Consciencializar-me que tinha os conhecimentos e que não tinha quaisquer motivos para estar nervosa; confirmar sempre no cartão a cama e o nome do cliente e ao chegar junto do cliente olhar sempre para o número da cama e confirmar o nome com

o mesmo e assim aplicar com segurança qualquer regime terapêutico ou outro cuidado de enfermagem.” E4-36: L43-47

A admissão e aceitação da responsabilidade pelo erro ajuda a aprender enquanto o inverso cria defesas e resistência. Segundo Berman (2008) assumir o erro é o primeiro passo de aprendizagem com o sucedido. Do exposto pelos participantes, concluímos que ao haver mudança de comportamento houve aprendizagem.

Um estudante do 2º ano reportou-se ao arcar com as consequências.

“(...) sofrer as consequências! (...) [De modo a aprender]” E2-12: L261-262

A recordação da ocorrência é referida em duas unidades de análise do 2º ano.

“Lembro-me como se fosse agora. (...) Lembro-me de tudo como se fosse agora. (...) Porque tenho em mente todo o procedimento em si. (...) Possivelmente não tinha ficado se não tenho errado (risos).” E2-8: L107; 109; 113; 116

A verbalização do participante E2-12 parecia indicar alguma forma de penalização. Tivemos oportunidade de a clarificar durante a validação e confirmámos. O castigo para o transgressor é uma característica de desenvolvimento moral pré-convencional mas a nossa suposição não pôde ser corroborada neste caso, visto o DIT após a aprendizagem clínica ter sido invalidado. Não obstante, o erro tem estado associado a uma cultura de culpa e de castigo que é veiculada aos estudantes (Santos et al., 2007). Foi também uma experiência inesquecível. Na aprendizagem da prestação de cuidados, o erro assemelha-se ao que Josso (1991) designa por *experiência fundadora* que, pelo seu significado, marca e desencadeia um rumo na vida.

Duas unidades de análise do 2º ano demonstram que os estudantes passaram a ter mais atenção e que isso lhes facilitou a aprendizagem com os erros cometidos.

“Porque a gente passa a ver a coisa sempre com dois olhos, e a rever mais do que uma vez, mais do que uma vez. (...) A forma de os organizar, o que é importante do que não é, o quantificar as coisas porque quem vai entrar pode ser diferente. Eu aprendi muito. Olhar e dar nome às coisas para os outros saberem.” E2-5: L50-52; 205-207

A solicitação supervisão manifesta-se em duas unidades de análise de cada ano.

“Mas aprendi a dizer quando algo é desconhecido que devo perguntar a quem sabe, a não começar a prestar cuidados sem saber o que estou a fazer ou se uma coisa é muito diferente e sai do comum a que estou habituado.” E2-14: L57-58

Para os estudantes do 2º ano, na sua primeira experiência hospitalar, tudo é novo, desde o vocabulário ao contexto físico e humano. Por um lado, há entusiasmo por se sentir enfermeiro mas, por outro, angústia, noção da gravidade e risco no processo de ensino/aprendizagem, que exige supervisão para permitir a socialização e a progressão para uma prática de cuidados segura (Valsecchi & Nogueira, 2002). De acordo com Martin (2008), os estudantes nas primeiras experiências clínicas solicitam mais supervisão porque compreendem que o papel do supervisor é orientar e facilitar a aprendizagem, enquanto os que estão mais avançados no curso demonstram procura de supervisão mais assente no reconhecimento de peritos, que têm mais experiência e conhecimentos.

A transferência é apontada numa unidade de análise do 2º ano e três do 4º ano.

“(...) porque ajudou-me a enfrentar situações semelhantes. (...) tive mais clientes com a mesma situação dessa senhora que descrevi e pelo facto de ter cometido esse erro já sabia os aspectos que tinha que ter à atenção. (...) A partir do momento em que o enfermeiro sabe que errou, numa próxima situação está desperto para outros pormenores e avalia a situação da forma o mais correcta possível.” E4-40: L76-77; 79-81; 96-98

Um participante do 4º ano referiu-se ao planeamento diferente das actividades.

“(...) porque me obrigou a arranjar estratégias para fazer frente a uma situação que poderia se tornar um obstáculo.” E4-36: L54-56

Dois estudantes do 4º ano, referiram-se ao estudo.

“Revi também a teoria relativa a algumas das situações mais comuns.” E4-30: L79-80

Pelo erro cometido os estudantes consideraram que numa situação posterior seriam capazes de agir correctamente. Na referência do planeamento diferente das actividades, encontramos indícios de um processo de equilibração, de desenvolvimento e de aprendizagem resultante do erro.

Temos referido a importância do estudante ter conhecimentos. Porém, muitos procedimentos são de âmbito psicomotor e afectivo em que, havendo necessidade de uma base teórica e cognitiva, esta não é suficiente; é imprescindível o treino em laboratório e em contexto real que estabelecerão alicerces para cuidados de enfermagem seguros.

Quanto aos factores **relacionados com o processo ensino/aprendizagem** foi referida a reflexão sobre a acção, nomeadamente *em grupo*, por um estudante do 2º ano.

“(...) no final do turno uma reunião para reflectir nos erros cometidos.” E2-8: L59-60

E com o/s supervisor/es, também por um participante do 2º ano.

“E fez com que eu falasse sobre ele porque eu acabei por fazer a gasimetria e colheita mas não me senti bem ao acertar à sorte e tive de falar com o orientador (...) o orientador disse para recapitular os passos e pensar no que estava a fazer, se estava algo mal. E vi que sim que o campo estava conspurcado e fez-me estudar mais.” E2-24: L91-93; 158-160

Encontrámos alusão a aprendizagem experiencial num estudante do 4º ano.

“Foi uma oportunidade de aprendizagem. (...) porque ajudou a adequar a teoria à prática. (...) na teoria sabia que tinha 3h para administrar o pantoprazol... mas na prática há sempre qualquer coisa que pode atrasar essa administração e então torna-se mais seguro a preparação desse fármaco mesmo antes de administrar.” E4-40: L144; 146; 149-152

A reflexão em grupo é, usualmente, uma prática diária em aprendizagem clínica. As reuniões incluem supervisores e os estudantes e têm como objectivo “promover a reflexão sobre a actividade realizada” (d’Espiney, 1997, p. 177). Nelas se analisam e reflectem os acontecimentos do turno sendo, segundo a autora, de evitar que o eixo central da discussão sejam os erros para não colocar em risco o diálogo aberto e livre. Berman (2008) defende que, em caso de um erro, supervisor e estudante devem discuti-lo com o grupo, visto todos poderem aprender com o sucedido. Por outro lado, a recapitulação de todas as etapas do procedimento favorece a compreensão e a detecção do que está errado.

À medida que o estudante experimenta a prática, na sua dimensão real, compreende que há lugar a adaptações que apenas se compreendem nesse contexto. Num dos casos em presença, à experiência concreta do erro, seguiu-se a generalização para situações abstractas de modo a evitar que voltasse a ocorrer subsequentemente. Kolb e Fry (1975), citados por Tennant (1997), explicam que na aprendizagem eficaz existem quatro tipos de capacidades que, no nosso entender, podem fazer com que um erro se torne um factor de aprendizagem: as capacidades da experiência concreta; as capacidades de observação; as capacidades de conceptualização abstracta; as capacidades de experiência activa. Adaptando a um erro cometido, o estudante ao

cometê-lo e observando o que ocorreu, é capaz de proceder a conceptualizações abstractas que colocará em acção numa próxima experiência concreta.

3.4.3 - Actuação do supervisor para facilitar a aprendizagem com o erro.

O supervisor é um recurso essencial; ele é (ou não) o facilitador da aprendizagem. As percepções dos participantes relativamente à actuação deste interveniente para lhes facilitar a aprendizagem com o erro cometido estão no Quadro 3.30. Sobressairam **correção do que está mal, proporcionar oportunidade de aprendizagem com os erros e crítica construtiva**

Quadro 3.30 – Actuação do supervisor para facilitar a aprendizagem com o erro

| Subcategoria 1 (Acções do supervisor) | Subcategoria 2 (Especificação das acções) | Nº de unidades de análise/Ano | |
|--|--|-------------------------------|----|
| | | 2º | 4º |
| Correcção do que está mal | | 5 | 2 |
| Proporcionar oportunidade de aprendizagem com os erros | | 4 | 3 |
| Crítica construtiva | | 4 | 1 |
| Feedback | No próprio dia | 1 | 0 |
| | Imediato | 2 | 0 |
| | Em privado | 0 | 1 |
| Demonstração | De procedimentos | 0 | 1 |
| | De confiança no estudante | 0 | 1 |
| | De paciência | 2 | 0 |
| Transmissão de conhecimentos | | 1 | 3 |
| Comunicação calma | | 0 | 4 |
| Atenção ao desempenho do estudante | | 1 | 1 |
| Tratar cada estudante como pessoa única | | 1 | 1 |
| Explicação das consequências | | 1 | 0 |
| Actuação conjunta com o estudante | | 1 | 0 |
| Abertura para as dúvidas | | 0 | 1 |
| Total | | 24 | 18 |

O supervisor facilitou a aprendizagem com o erro quando procedeu à **correção do que estava mal**, segundo cinco unidades de análise do 2º ano e duas do 4º ano.

“Mostrando onde erramos e sabendo ouvir.” E2-24: L173

Idealmente, o feedback e a correção de erros sucedem o mais rapidamente possível para evitar outros subsequentes (Peixoto, 1986). Logo, os supervisores ao agirem como indicado estarão a facilitar a aprendizagem.

Também foi facilitador quando conseguiu **proporcionar oportunidade de aprendizagem com os erros**, referido em quatro unidades de análise do 2º ano e três do 4º ano.

“Falar no sentido de ser acessível e ser positivo. Os erros não significam que a pessoa não consiga mas ‘não conseguiste à primeira, é difícil, quase todos os enfermeiros não conseguem à primeira, é preciso ter conhecimentos’ mas fazer daquilo uma aprendizagem.” E2-7: L465-469

Os supervisores devem criar e manter um ambiente em que o erro possibilite a aprendizagem, promova a honestidade e resolva os problemas que surgem (Baxter & Boblin, 2007; Berman, 2008). O sugerido por Abreu (2007), de acordo com as propostas de Bennan e Little (1996) afiguram-se-nos de pertinência no fomento da aprendizagem com o erro: análise com os estudantes das suas experiências de aprendizagem, incidindo em o quê, quando e como aprendeu com o erro, o que foi significativo e o que sentiu.

A **crítica construtiva** é valorizada em quatro unidades de análise do 2º ano e uma do 4º ano.

“Ela alertou-me sempre de forma compreensiva e sempre com críticas construtivas! (...) nunca pressionando ao ponto de desvalorizar-me.” E4-38: L88-89; 97

Apenas unidades de análise do 4º ano, em número de quatro, se referem ao valor da **comunicação calma**.

“Mas se dialogamos de modo calmo compreendemos o que fizemos de mal, o que temos de treinar mais é uma forma de não voltarmos a cometer aquele erro porque aquela situação para nós ficou clara e compreendida por isso não voltamos a ter as mesmas falhas.” E4-31: L139-143

Os estudantes desejam aprender e sabem que a análise e a crítica do seu desempenho fazem parte do processo. A capacidade de emitir e de receber a crítica tem-se demonstrado um factor de sucesso e de fomento da aprendizagem na formação de enfermeiros (Byrd, Hood & Youtsey, 1997; Forneris & Peden-McAlpine, 2007).

Já em 1991, Bonvalot e Kaczmarak explicavam que os estudantes de enfermagem valorizavam a forma calma como os supervisores os orientavam e corrigiam, circunstância que, assumidamente, lhes facilitava a aprendizagem. A julgar pelos registos em apreço, o presente estudo vem demonstrar que este valor subsiste.

O **feedback** o mais breve possível a seguir à ocorrência foi indicado por participantes do 2º ano.

No próprio dia, segundo a percepção de um estudante do 2º ano.

“(...)no final dos turnos dar o feedback positivo e negativo. Ele fazia sempre isso, dava o reforço positivo do que a gente fazia bem e também os negativos e dava na cabeça e no outro dia já não volta a acontecer.” E2-3: L141-144

Imediato, de acordo com duas unidades de análise do 2º ano.

“Gosto de saber quando não estou a fazer uma coisa bem feita, por isso acho que um orientador ajuda-me a aprender se me chamar a atenção na hora.” E2-25: L167-169

Um estudante do 4º ano referiu que o feedback sendo dado em privado facilita a aprendizagem.

“Se na altura em que aconteceu, a professora tivesse tido outro tipo de abordagem, outro tipo de comunicação, primeiro em particular (...)” E4-34: L152-154

Estes resultados confirmam a referência feita anteriormente ao carácter imediato do feedback como elemento facilitador da aprendizagem. Os supervisores que apoiam o estudante, desempenham um papel fundamental na aprendizagem, conferindo-lhe capacidade de progredir e confiar, cada vez mais, nos seus conhecimentos e práticas (Casey & Clark, 2011).

A **demonstração** foi facilitadora da aprendizagem, quando o supervisor mostrou como se executam os procedimentos, segundo a percepção de um estudante do 4º ano.

“E a orientadora é a primeira a dizer ‘Vou-te dizer agora, tudo bem, fazes assim e assim’. E eu aprendia e nunca mais esquecia. (...) ensinaram-me e mesmo dicas de como podes fazer melhor. Em vez de criticar diziam ‘Está bom, mas se fizeres assim ainda fica melhor’” E4-9: L56-57; 64-66

Em causa está uma estratégia de supervisão em aprendizagem clínica que “(...) mostra como se faz ou se usa, exemplificando, podendo envolver já o aluno na acção” (Simões et al., 2006, p. 12). Durante uma demonstração, o supervisor apresenta as técnicas associadas a um determinado procedimento, fundamentando-as com princípios científicos (Simões et al., 2008).

Também um participante do 4º ano indicou a importância da **demonstração de confiança no estudante**.

“(...) acho que foi também importante o facto de quer a minha orientadora, quer os enfermeiros do serviço demonstrarem sempre muita compreensão e confiança em mim (...)” E4-30: L46-48

Dois participantes do 2º ano reportaram-se à **demonstração de paciência**.

Numa relação pedagógica, a demonstração de confiança estimula o estudante (Casey & Clark, 2011; Idczak, 2007; McLaughlin et al., 2007) e, consequentemente, o seu desenvolvimento pessoal e profissional (Agélli, 2000; McGregor, 2005), mesmo, e essencialmente, após um erro (Arndt, 1994; Berman, 2008; McGregor, 2005). A paciência também é importante porque geralmente existe intolerância ao erro (Bandura, 1997; Martin, 2008; Silva, 2011). Contudo, a tolerância deve possibilitar não o facilitismo mas, antes, uma aprendizagem responsável (Killam et al., 2011; Silva, 2001).

A **transmissão de conhecimentos** foi endossada em três unidades de análise do 4º ano e uma do 2º ano.

“(...) questionei-lhe sobre um possível erro grave e ela explicou-me, de uma forma geral, como se procedia!” E4-38: L199-200

A transmissão de saberes acontece de forma privilegiada, durante a demonstração ou em qualquer outro momento da interacção e constitui um veículo essencial de introdução do estudante nos saberes e práticas profissionais.

Um participante do 2º ano e outro do 4º ano referiram-se a **tratar cada estudante como pessoa única**.

“(...) pôr-se no lugar do próprio aluno, tentar compreender que cada aluno é diferente um do outro.” E2-8: L202-203

Esta forma de tratamento implica aceitar incondicionalmente o outro, apreciando-o como pessoa e aceitando os seus sentimentos e opiniões. Envolve uma confiança básica e a crença na dignidade da outra pessoa, com potencialidades e limitações, com sentimentos e imperfeições (Rogers, 1986). Exige, ainda, o reconhecimento do estudante como ser humano global, dinâmico, capaz de processar informação e de resolver problemas.

A **atenção ao desempenho do estudante** foi indicada por um participante de cada ano.

“(...) se me tivessem alertado antes de cometê-lo (...) Poderiam ter-me alertado na altura (...)” E4-41: L203-204

O supervisor tem de estar atento ao desempenho do estudante tanto para lhe facilitar a aprendizagem mas, muito especialmente, para salvaguardar a segurança do cliente. Repare-se que este estudante era do 4º ano quando aconteceram mais erros importantes como os de medicação. Em consequência, existem duas reflexões muito importantes: até ao final do curso os estudantes estão na condição de quem aprende e não de profissionais; a instituição formadora e a prestadora de cuidados são co-responsáveis pela formação dos estudantes de enfermagem e dos seus erros (Carvalho, 2005; Fonseca, 2006). Ao supervisor clínico cabe a responsabilidade de definir estratégias de supervisão, relacioná-las com o contexto onde decorre o ensino clínico e desenvolver competências nos supervisores clínicos (Fonseca, 2006). É ao supervisor pedagógico que cabe a responsabilidade global do ensino clínico, exigindo que trabalhe em parceria com os supervisores clínicos, conhecendo e fazendo respeitar as normas enquanto ao supervisor clínico é imputada a responsabilidade de ser modelo, colaborar com o supervisor pedagógico, informar-se sobre o estadió do estudante e das suas competências e conhecimentos e respeitar as normas e regras da prestação de cuidados (Abreu, 2003).

A **Explicação das consequências**, foi percebida como facilitadora da aprendizagem por um estudante do 2º ano.

“Como disse o enfermeiro, quando se vai a um Banco ou se assina um contracto, pôs lá a assinatura, aquilo vai sempre até nós.” E2-7: L91-93

Actuação conjunta com o estudante, segundo a percepção de um participante do 2º ano também facilitou a aprendizagem.

“(...)o facto que detectar o erro (orientador), assumir o erro (aluno), actuar sobre o mesmo em conjunto no momento, quase que instantaneamente é fundamental para aprender (...)” E2-13: L177- 179

O supervisor facilita a aprendizagem com os erros quando demonstra **abertura para as dúvidas**, de acordo com um estudante do 4º ano.

“(...) se eu tinha alguma dúvida, por exemplo, de medicação, eu tinha à-vontade para dizer ‘Eu não sei, tenho uma dúvida. Eu vou estudar quando chegar a casa mas agora eu não sei.’ E4-9: L53-56

Portanto, o supervisor esteve ao lado do estudante, explicou as consequências, demonstrou abertura e disponibilidade, portanto facilitou a aprendizagem. Para com o erro cometido e seu autor, possuiu abertura de espírito, de modo a proporcionar ao estudante a oportunidade de aprender com o sucedido (Berman, 2008). Como facilitador da aprendizagem, foi genuíno e criou um bom ambiente, antecipando as necessidades de quem aprendia, além de ter demonstrado disponibilidade para ajudar a aprender e a melhorar, confiando e acreditando no potencial de realização do estudante. Foi, ainda, empático e sensível, para melhor poder compreender as reações do formando (Díaz Bordenave & Pereira, 2008; Rogers, 1986; Tavares & Alarcão, 2005; Tennant, 1998).

3.4.4 - Contributos para a aprendizagem e desenvolvimento.

Tivemos em conta o que os participantes entenderam que o erro lhes trouxe **enquanto pessoa e enquanto futuro enfermeiro**. Na primeira (Quadro 3.31) destacou-se **consciência da imprevisibilidade, mais segurança em si e mais prudência**.

Quadro 3.31 – Contributos como pessoa

| Subcategoria 1 (Contributos) | Subcategoria 2 (Explicitação dos contributos) | Nº de unidades de análise/Ano | |
|----------------------------------|--|-------------------------------|----------|
| | | 2º | 4º |
| Consciência da imprevisibilidade | | 3 | 1 |
| Mais segurança em si | | 1 | 2 |
| Mais prudência | | 1 | 2 |
| Dúvidas quanto aos supervisores | Da capacidade de supervisão | 0 | 1 |
| | Se planeiam prejudicar os estudantes | 1 | 0 |
| Mais sensibilidade | Com a vida | 1 | 0 |
| | Com as pessoas | 1 | 0 |
| Mais responsabilidade | | 1 | 1 |
| Mais capacidade crítica | | 1 | 1 |
| Mais controlo das emoções | | 1 | 1 |
| Ultrapassar o medo da morte | | 1 | 0 |
| Assumir os seus erros | | 1 | 0 |
| Auto-conhecimento | | 1 | 0 |
| Total | | 15 | 9 |

Três unidades de análise do 2º ano e uma do 4º ano consideram que os erros lhes proporcionaram **consciência da imprevisibilidade**.

“A não dar nada por adquirido. A certificar-me bem de tudo e não ter muitas certezas. Ter muitas certezas pode ser perigoso.” E2-13: L65-66

Os contextos de prestação de cuidados de enfermagem são dominados pela imprevisibilidade que exigem constante actualização. É também uma característica da aprendizagem clínica com tudo o que lhe é inerente e consequente: ansiedade; responsabilização; supervisão; relação com a equipa; medo de errar; complexidade dos fenómenos de saúde/doença; morte (Rua, 2011).

Em duas unidades de análise do 4º ano e uma do 2º ano verifica-se que os estudantes entenderam que os erros que cometeram lhes proporcionaram **mais segurança em si**.

“Como pessoa talvez me ensine a ter mais iniciativa e poder de opinião perante, por exemplo, uma mera conversa entre pessoas com vários conhecimentos. (...) Por natureza sou um bocado calada e digo sempre que sim a certas coisas para não haver conflitos, mas às vezes devia -me impor mais e mostrar que tenho um ponto de vista. O problema é que às vezes penso que ninguém vai levar a sério ou achar importância, por isso não digo. (...) nem sempre os mais velhos ou os que sabem mais podem estar sempre certos. Ninguém é perfeito, por isso todos aprendemos uns com os outros.” E4-28: L80-82; 91-94; 97-99

Uma unidade de análise do do 2º ano e duas do 4º ano referem o contributo com **mais prudência**.

“Como pessoa, cresci na minha pressa de querer ver tudo feito, o que por vezes a rapidez é inimiga da perfeição.” E4-29: L69-70

Ainda, existe desenvolvimento de **mais responsabilidade** segundo uma unidade de análise de cada ano.

“Pessoalmente, tornou-me numa pessoa mais responsável (...)” E4-33: L64

Um estudante do 2º ano e outro do 4º ano referiram que os erros que cometeram contribuíram para a sua vida pessoal com **mais capacidade de crítica**.

“(...) aumentou o meu espírito crítico em várias situações.” E4-33: L65-66

Outro participante do 2º ano mencionou o contributo de **assumir os seus erros**.

“Bem, como pessoa esta ocorrência fez-me evoluir no sentido de assumir os erros (...)” E2-13: L90-91

E, ainda outro do 2º ano referiu-se ao **auto-conhecimento**.

“Como pessoa...esta situação fez-me perceber que não sou uma pessoa tão calma como julgava... favoreceu-me auto-conhecimento (...)” E2-21: L90-91

Um dos principais determinantes da acção é a percepção de ser capaz de se informar, conhecer, escolher, decidir e agir correctamente, ou seja, a percepção de deter segurança e controlo sobre o ambiente e os acontecimentos (Almeida & Pereira, 2006). Essa percepção influencia e é influenciada pelo locus de controlo (Idem, 2006), pelos níveis de stress (Beck & Srivastava, 1991) e pelas percepções de auto-eficácia (Hagquist et al., 2009). O enfermeiro responsabiliza-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica e, almejando a excelência dos cuidados, analisa e reflecte sobre as acções efectuadas, reconhecendo falhas e erros (Ordem dos Enfermeiros, 2006). Um acontecimento contribui para o desenvolvimento do indivíduo se este for capaz de reflectir e questionar-se sobre o valor da experiência, procurando em que medida aprendeu com ela. A aprendizagem eficiente não se segue necessariamente a uma experiência positiva mas, antes, a uma boa reflexão crítica (Merriam & Caffarlla, 1999).

Um estudante do 2º ano considerou que o seu erro contribuiu fazendo com que se tornasse uma pessoa **mais sensível** com a vida.

“Tenho ficado muito mais sensibilizado com as coisas. Eu começo a ficar mais sensibilizado com as coisas. Em enfermagem, estamos todos os dias com pessoas. Depois de apanhar certas situações chega a certa altura e temos uma ideia de que as coisas são muito diferentes e faz reflectir na vida em si.” E2-8: L165-170

E, o mesmo estudante, referiu que essa **maior sensibilidade** foi também com as pessoas.

“Em enfermagem comecei a ver o outro lado da pessoa e tento ser diferente daquilo que eu era que eu era muito frio, nada me afectava.” E2-8: L177-179

De novo, um estudante de cada ano ponderou que os erros lhes proporcionaram **mais controlo das emoções**.

“Eu por natureza sou uma pessoa um pouco ansiosa e insegura, mas pelo facto de ter vivenciado esta situação sei que por um lado tenho que relaxar mais e não me ‘concentrar’ tanto na técnica (...).” E4-40: L84-86

Um estudante do 2º ano considerou que o erro que cometeu o ajudou a **ultrapassar o medo da morte**.

“Como pessoa porque cresci nesse sentido de não ter ‘medo’ da morte (...).” E2-12: L215-216

Ser humano é sentir e a sensibilidade é tão importante nos enfermeiros que constitui um dos factores de cuidar da teoria de Watson (1985). Começa a desenvolver-se quando o estudante olha para dentro de si próprio e assume os seus sentimentos bem como os dos outros. A autora considera que a formação e a prática têm desencorajado a demasiada sensibilidade. A percepção de que os enfermeiros têm de controlar as suas emoções é tão antiga quanto a própria profissão mas assume-se que, como pessoas, devem saber lidar e gerir essas emoções (Kanji et al., 2006). O estudante – e o enfermeiro – é uma pessoa que pensa, sente e vive, e reprimir as suas emoções afecta a aprendizagem e o desenvolvimento (Rua, 2011). É durante a aprendizagem clínica que se começa a aprender a gerir as emoções, de modo a conseguir lidar com elas de forma adequada, para si e para os clientes (Liu et al., 2011).

O estudante que se referiu ao medo da morte estava na sua primeira aprendizagem clínica e lidar de perto com este acontecimento deu-lhe a sensação de ter ultrapassado esse medo, comum aos seres humanos.

Mas houve estudantes que tiveram **dúvidas quanto aos supervisores**, nomeadamente da sua capacidade de supervisão, referido por um estudante do 4º ano.

“Para mim como pessoa... teve um grande impacto. Porque graças a ele ouvi coisas que me custaram a digerir. (...) a enfermeira chefe disse-me que não gostava de ter uma enfermeira como eu a trabalhar naquele serviço e disse que não estava descansada com aquela situação. Depois, em vez de me orientarem, no sentido de fazer as coisas melhor, começaram a deixar-me à minha mercê, o que não ajudou nada. (...) acho que não se deve julgar a actuação de uma pessoa por causa de um erro desses. Acho que sim, deve-se chamar a atenção e tudo mais mas erros todos cometem.” E4-41: L169-170; 172-176; 180-182

As dúvidas aqui manifestadas corroboram as percepções também recolhidas por Fonseca (2006), que apresentavam o supervisor como “(...) um factor castrador e inibidor da aprendizagem e do desenvolvimento pessoal e profissional (...)” (p. 60), diferenciando os que facilitam a aprendizagem dos que não o fazem. Situavam, nesta última categoria, os que se revelavam incapazes de demonstrar o que é o papel de enfermeiro e de transmitir conhecimentos. Ser bom supervisor implicava, ainda, ser competente na prestação de cuidados, relacionar-se com os estudantes numa base humanista, respeitando-os como pessoas únicas e capazes de evoluírem, e aceitar as suas diferenças de personalidade e de desenvolvimento, admitindo os próprios erros. (Reilley & Obermann, 1999).

Um participante do 2º ano **duvidou se os supervisores planeiam prejudicar os estudantes.**

“(...) foi como que um momento desenhado por eles para prejudicar os alunos.” E2-19: L184-185

Apesar da percepção deste participante acerca de uma acção, ou acto intencional do supervisor visando prejudicar os estudantes, raramente as acções pedagogicamente inadequadas são deliberadas (Bevis, 2005).

Enquanto pessoas, estes participantes perceberam o que lhes gerou desconfiança porque, de algum modo, não sentiram no supervisor o apoio de que necessitavam e que é repetidamente referido como necessário nas investigações que incidem na relação entre os dois actores (Agélli et al., 2000; Carvalho, 2005; Espada, 2004; Fonseca, 2006; Killam et al., 2010; McGregor, 2005; Rua, 2011; Santos, 1995). Algumas vezes esta relação, porque deficiente, não promove a aprendizagem nem a socialização (Simões et al., 2006), retirando poder epistemológico ao estudante (McGregor, 2005).

Nos contributos como **futuro enfermeiro** incluímos o que os participantes consideraram que lhes trouxe para a sua aprendizagem e desenvolvimento enquanto futuros profissionais. Uma vez mais recorremos ao modelo de análise de Espada (2004).

Os resultados obtidos (Quadro 3.32) demonstram que os estudantes consideram que os contributos para o seu futuro profissional foram, na maior parte, de **âmbito cognitivo**, a seguir, de **âmbito físico**, de **âmbito relacional** e os de **âmbito afectivo** em último lugar.

Quadro 3.32 – Contributos como futuro enfermeiro

| Subcategoria 1 (Âmbito dos contributos) | Subcategoria 2 (Contributos) | Subcategoria 3 (Explicitação dos contributos) | Subcategoria 4 | Nº de unidades de análise/Ano | |
|--|--|--|---------------------------|-------------------------------|----|
| | | | | 2º | 4º |
| Âmbito cognitivo | Tomada de consciência | De que se cometem erros | | 1 | 5 |
| | | Da complexidade dos cuidados de enfermagem | | 2 | 2 |
| | | De que se aprende com o erro | | 0 | 3 |
| | | De ser erro a não repetir | | 3 | 0 |
| | | Da imprevisibilidade nos cuidados de enfermagem | | 3 | 0 |
| | | De que a comunicação deve ser adequada | | 1 | 0 |
| | Responsabilidade | Na prestação de cuidados | | 1 | 8 |
| | | Com a medicação | Evitar erros de medicação | 2 | 3 |
| | | | Administra quem prepara | 1 | 0 |
| | | | Ter conhecimentos | 1 | 0 |
| | Importância | De assumir o erro | | 0 | 4 |
| | | De cuidados seguros | | 0 | 2 |
| | | Das acções serem fundamentadas em conhecimentos | | 2 | 0 |
| | | Do trabalho em equipa | | 2 | 0 |
| | | Da relação terapêutica | | 1 | 0 |
| | | Da validação da informação com o cliente | | 1 | 0 |
| | | De escutar as críticas | | 1 | 0 |
| | | De um bom ambiente de trabalho | | 1 | 0 |
| | | Da humanização dos cuidados de enfermagem | | 1 | 0 |
| | Mais atenção durante a prestação de cuidados | | | 6 | 2 |
| | Ter a certeza do que se está a fazer | | | 3 | 4 |
| | Melhor planeamento das actividades | | | 2 | 2 |
| | Reconhecimento dos seus limites | | | 2 | 0 |
| | Aumento da capacidade de análise crítica | | | 1 | 1 |
| | Valorização dos cuidados à pessoa moribunda | | | 1 | 0 |
| | Aquisição de mais conhecimentos | | | 0 | 1 |
| | Mais segurança | | | 0 | 1 |
| | Dificuldade de ingresso no mercado de trabalho | | | 0 | 1 |
| Sub-total | | | | 39 | 39 |
| De âmbito físico | Não repetir o erro | | | 5 | 1 |
| | Actuação em caso de erro | | | 0 | 4 |
| | Aquisição de mais destreza | | | 0 | 1 |
| Sub-total | | | | 5 | 6 |
| De âmbito relacional | Convivência com incompatibilidades na equipa | | | 2 | 1 |
| | | | | | |
| | Empatia com o cliente | | | 1 | 1 |
| | Mais assertividade | Com o cliente | | 1 | 0 |
| | | Com colegas | | 1 | 0 |
| | Solicitação de ajuda quando necessário | | | 1 | 0 |
| Sub-total | | | | 6 | 2 |
| De âmbito afectivo | Mais controlo das emoções | | | 1 | 2 |
| Sub-total | | | | 1 | 2 |
| Total | | | | 51 | 49 |

Os contributos de **âmbito cognitivo** apresentam um total de 39 unidades de análise quer no 2º ano quer no 4º ano.

A subcategoria mais indicada foi tomada de consciência com um total de 20 unidades de análise, 10 de cada ano. A predominância desta consciencialização foi de que se cometem erros, com uma verbalização do 2º ano e cinco do 4º ano.

“Primeiro ajudou-me a ter uma noção de que realmente essas coisas acontecem quando estamos tão preocupados em realizar a técnica com todo o procedimento correcto... (...) enquanto futura enfermeira sei que nem sempre estamos livres de errar.” E4-40: L48-50; 87-88

Foram apenas estudantes do 4º ano, reflectidos em três unidades de análise, que referiram a que se aprende com o erro.

“Que estas situações devem-nos servir como alavancas para nos tornarmos melhores pessoas e profissionais uma vez que podemos aprender com elas e penso que no geral é isso.” E4-36: L64-67

Por outro lado, apenas estudantes do 2º ano, também com três unidades de análise, afirmaram que tomaram consciência de que era um erro a não repetir.

“Como futuro enfermeiro acho que este erro me ajudou para não o voltar a cometer enquanto futura enfermeira.” E2-15: L129-130

O erro que, como constatámos neste estudo, tanto teórica como empiricamente, é temido pelos estudantes, é uma entidade formativa porquanto o seu valor educativo é percepcionável. A evolução de acção concreta, reflexão e projecção no futuro faz parte do ciclo de aprendizagem experiencial concebida por Kolb e Fry (1975) citados por Tennant (1997), e que, uma vez mais, entendemos que se adapta à aprendizagem a partir de erros cometidos.

Duas unidades de análise de cada ano indicam que os estudantes tomaram consciência da complexidade dos cuidados de enfermagem.

“Depois passa muito pela experiência e que a gente foca-se mais, em várias coisas mais simples e depois nas complexas.” E2-18: L114-116

E três unidades de análise do 2º ano de que se consciencializaram da imprevisibilidade nos cuidados de enfermagem.

“(...) a não dar nada por adquirido. De um momento para o outro posso ter de prestar cuidados a um doente que não conheço ou com uma situação completamente diferente (...)” E2-13: L60-62

A percepção da imprevisibilidade dos cuidados de enfermagem surgiu, também, no desenvolvimento pessoal e confirma o contributo do erro para ambas as dimensões, pessoal e profissional (Arndt, 1994). Dois dos participantes referiram-se às duas dimensões de desenvolvimento enquanto houve quem se situasse só na pessoal e um apenas na profissional. Os dois tipos de desenvolvimento não são paralelos, verificando-se que indivíduos com baixo desenvolvimento pessoal podem ter níveis de desenvolvimento profissional superiores (Ralha-Simões, 1995, citado por Alarcão & Tavares, 2007). Em contexto real, os estudantes apercebem-se de que os cuidados de enfermagem são complexos (Benner, 1984) e de que essa complexidade que os ajuda a desenvolverem-se como futuros enfermeiros (Valsecchi & Nogueira, 2002).

Um estudante do 2º ano tomou consciência de que a comunicação deve ser adequada.

“Como profissional a situação já muda. Porque falarmos de acordo e em articulação com a pessoa. Com adulto os diminutivos podem infantilizar ou ridicularizar, enquanto com as crianças já é mais adequado. Como profissional esta aprendizagem evoluiu.” E2-3: L73-76

Numa relação terapêutica, os princípios de comunicação necessitam de ser considerados e consistem em factores cognitivos, afectivos e comportamentais. Para uma comunicação eficaz é indispensável atender à comunicação verbal e não-verbal, bem como aos comportamentos manifestos, às percepções e aos significados expressos. Em consequência, os estudantes de enfermagem devem desenvolver, desde as primeiras experiências clínicas, capacidades de escuta, de emissão da informação e de transmissão da mensagem, com consciência dos seus pontos fortes e fracos, de modo a adquirirem as indispensáveis competências de análise do seu próprio estilo de comunicação (Watson, 1985).

A responsabilidade surge com um total de 16 unidades de análise, sendo dirigida à globalidade da prestação de cuidados numa do 2º ano e em oito do 4º ano.

“(...) considero normal [ter medo de errar] pois lidamos com um bem tão precioso como a vida humana que mal seria se não tivéssemos medo de contribuir para o seu fim.” E4-30: L93-95

A responsabilidade com a medicação surge em sete unidades de análise. Manifesta-se na necessidade de *evitar erros de medicação*, em duas referências do 2º ano e três do 4º ano.

“A partir daí nem que seja água, seja lá o que for, eu vou ver sempre os rótulos. Porque me apercebi que com um simples gesto a gente faz um erro que pode ser grave. E a partir de agora já não tenho orientador atrás para ver. Foi bom no sentido de que eu não me tinha apercebido que a gente pode por a vida de alguém em risco com um simples frasco, que eles são parecidos. E então a partir daí eu vou estar sempre atenta ao que estou a fazer em termos de medicação.” E4-9: L95-101

A importância da regra de *administra quem prepara* foi aludida por um estudante do 2º ano.

“Aprendi que não se administra nada que não se prepare. Nem devemos dar essa responsabilidade a alguém.” E2-7: L433-434

A *de ter conhecimentos de medicação*, também na percepção de um estudante do 2º ano.

“Como futura enfermeira tenho que saber o que vou administrar, é uma grande responsabilidade.” E2-27: L108-109

A poucos meses de terminarem o curso os participantes perceberam a responsabilidade que a prestação de cuidados acarreta. Arthur e Thorne (1998) citados por Sasat et al. (2002) verificaram que, no final do curso, os estudantes de enfermagem apresentavam um auto-conceito profissional mais elevado do que os do 2º ano. Porém, num estudo de Shepherd e Brooks (1991), igualmente citados por Sasat et al. (2002), não se confirmaram diferenças de auto-conceito entre os estudantes de enfermagem do 4º ano.

A maioria dos estudantes que referiram ter aprendido os cuidados com a administração da medicação são do 4º ano, o que não surpreende, pois foram os que cometeram mais erros desta natureza.

Existiram vários contributos relacionados com a importância que os estudantes passaram a atribuir a vários aspectos da prestação de cuidados de enfermagem. O mais verbalizado foi a importância de assumir o erro, reflectida em quatro unidades de análise do 4º ano.

“Agora a gente não pode é deixar em branco e nem tentar esconder ou passar por cima dele. É isto que eu vou levar sempre comigo. Dizer a quem de direito para se tiver de fazer alguma intervenção, fazer rapidamente.” E4-10: L78-81

Duas unidades de análise do 4º ano reconhecem a importância dos cuidados serem seguros.

“Esta situação permitiu-me desenvolver e melhorar a capacidade de avaliar inicialmente um cliente. (...) como futura enfermeira ajudou-me a evitar essas situações.” E4-40: L101-102; 177

Notamos a preocupação de um desempenho profissional seguro por parte de quem está quase terminar o curso. A identidade profissional vai-se adquirindo ao longo da formação (Martin, 1991; Simões et al., 2008) e, em enfermagem, pressupõe que durante a mesma haja o desenvolvimento de capacidades, aquisição de comportamentos e organização de conhecimentos (Martin, 1991). Neste sentido e atendendo ainda a Perrenoud (2001), citado por Rua (2011), quanto às competências e à identidade possuírem relações dialécticas e influências mútuas, é natural que os estudantes no 4º ano demonstrem uma identidade mais nítida, alicerçada em cuidados seguros.

Referências presentes em duas unidades de análise do 2º ano demonstram a importância de que as acções se fundamentem em conhecimentos.

“Já aprendi (...) tenho que saber tudo antes de fazer alguma coisa (...)” E2-17: L70-71

Os conhecimentos são a base de acção e da prestação de cuidados de enfermagem e também se constroem no desenvolvimento destes mesmos cuidados. Se é verdade que muitos conhecimentos teóricos se tornam significativos na prática real (Carvalho, 2005) a sua existência é indispensável para a acção ao longo do processo de enfermagem. Como os estudantes do 2º ano estão pela primeira vez em contacto com a realidade da prestação de cuidados de âmbito hospitalar, é de crer que passem a atribuir importância a esta dialéctica dos conhecimentos na prática e de como a acção concreta leva ao seu desenvolvimento.

Igualmente, duas unidades de análise do 2º ano, demonstram a importância que passou a ser atribuída ao trabalho em equipa.

“(...) uma pessoa deve estar ciente dos seus deveres como membro de uma equipa e de um serviço, que cada um tem uma determinada autonomia e determinadas responsabilidades e que deve estar atento a essas, digamos assim, zonas mais cinzentas de competências e responsabilidades do acto.” E2-7: L119-123

A existência de um bom ambiente de trabalho foi identificado por parte de um estudante do 2º ano como um contributo para a vida profissional.

“(...) não dizer aos outros que o colega fez um tal erro. Porque num mau ambiente quem acaba sempre por ‘pagar’ é o cliente. E acho que o respeito é o mais importante!” E2-17: L127-129

A excelência de cuidados implica toda a equipa e é indispensável que o estudante se sinta integrado (Benner, 1984; Mannix et al., 2009; Rua, 2011; Santos, 1995). O ambiente clínico em que decorre a aprendizagem inclui as características da organização e dos serviços, assim como o ambiente psicológico e as características anímicas destes que também têm o poder de influenciar, de modo positivo ou negativo, a aprendizagem e o desempenho (Simões et al., 2006). Algumas pessoas acreditam mais do que outras que controlam o ambiente externo, nomeadamente aquelas cujo locus de controlo é predominantemente interno (Källmén, 2000; Ng et al., 2006). O mesmo se aplica à eficácia auto-atribuída, consoante a percepção dos indivíduos de que são capazes de controlar o dito ambiente (Bandura, 1997; Källmén, 2000; Kihlstrom & Harackiewicz, 1990), aos níveis de stress, que podem ser mais ou menos indutores ou agravantes (Gibbons et al., 2007, 2009; Hosoda, 2006) e ao desenvolvimento moral, porque também pode ser mais ou menos estimulador do desfecho das situações de aprendizagem em ambiente clínico (Baxter & Boblin, 2007; Krawczyk, 1997; Wilson, 1994). Além disso, este ambiente pode ainda influenciar a ocorrência do erro (Koren et al., 2007).

Um estudante do 2º ano referiu-se à validação da informação com o cliente, e outro à humanização dos cuidados de enfermagem.

“Como enfermeiro fez-me ver que imobilizar um cliente não é sinónimo de amarrá-lo, que todo o cliente pode nos surpreender, tanto pela positiva como pela negativa e que a orientação, vigilância e humanismo nunca são coisas que se tem por excesso.” E2-19: L86-89

Foi ainda reconhecida a importância da relação terapêutica por parte de um estudante do 2º ano.

“Foi também de extrema importância mais uma vez entender que estabelecer uma relação terapêutica com um cliente é fundamental e isso são aspectos que jamais esquecerei.” E2-16: L75-78

Na importância que os participantes referiram ter passado a atribuir, foi identificada a capacidade de escutar as críticas por um estudante do 2º ano.

“Como futura enfermeira, bem para além de ter ganho por ter aprendido o modo correcto de ‘abrir um campo, sem rasga-lo’. Isso só demonstra que quem nos observa, ‘quem está por fora’ consegue mais facilmente detectar o erro e devemos dar ouvidos a essas pessoas, se quisermos evoluir enquanto profissionais.” E2-13: L93-97

Os estudantes querem prestar cuidados e demonstram níveis elevados de compromisso terapêutico (Lauder, Reynolds, Smith & Sharkey, 2002; Roach, 1992), ainda que a capacidade de estabelecer esta relação se tenha verificado menos no 2º ano (Lauder et al., 2002). Como principiantes, funcionam por regras e normas, centrados na técnica e, só depois de se sentirem mais seguros, conseguem libertar-se para a interação e a relação terapêutica (Benner, 1984). A Ordem dos Enfermeiros, na sua Tomada de Posição sobre a Segurança do Cliente, defende que os cuidados de enfermagem, pela sua natureza, são humanizados e os enfermeiros têm a responsabilidade de contribuir para a criação de ambiente e de condições propícias “ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (Ordem dos Enfermeiros, 2006, p. 6).

Quanto à escuta das críticas, não sendo fácil ou confortável, promove o desenvolvimento e a aprendizagem (Silva, 2001).

Com seis unidades de análise do 2º ano e duas do 4º ano encontramos mais atenção durante a prestação de cuidados.

“Porque a gente aprende a tomar mais atenção aos pormenores, aos rótulos e tudo. A gente tem sempre aquela... cometi erro, depois ficamos com mais tendência a ter mais atenção, a verificar mais. (...) A gente tem que ter atenção em tudo o que faz, em tudo o que vê, ter sempre os olhos bem abertos, principalmente em termos profissionais. Porque a gente mexe em muita medicação, mexe em muita coisa, misturas de um lado e doutro. Tem que rever, não só uma vez, mas rever e ter sempre atenção aos rótulos da medicação. (...) Essa situação levou-me a isso: um dia mais tarde que eu estiver responsável por aquela ala ver quem comeu e quem não comeu.” E2-6: L80-83; 88-93; 196-198

Ter a certeza do que se está a fazer é indicado em três unidades de análise do 2º ano e quatro do 4º ano.

“Ter sempre a maior certeza possível. Dentro do possível, mas aquilo que se puder ter. Porque se houver este tipo de situações, uma pessoa ter uma base estável.” E2-7: L250- 252

Um estudante do 4º ano apontou para mais segurança.

“Porque a determinada altura me consciencializei de que tinha de ultrapassar este medo de errar (...)” E4-30: L91-92

Silva (2001) aponta referenciais de certeza na sua investigação sobre o erro no ensino. Ainda que a incerteza esteja sempre presente nos cuidados de enfermagem, a qualidade dos mesmos pressupõe a maior segurança nos procedimentos e decisões e a atenção é condição indispensável.

Duas unidades de análise de cada ano apontam para melhor planeamento das actividades.

“Como futura enfermeira, contribuiu para ter consciência para a importância do planeamento das tarefas de acordo com as prioridades (...)” E4-39: L49-51

Houve erro de planeamento por parte de um destes estudantes e ambos tiveram a percepção de que aprenderam com o erro cometido porque desenvolveram melhor as ditas competências de planeamento.

Duas unidades de análise de participantes do 2º ano afirmam que erros cometidos permitiram o reconhecimento dos seus limites.

“É isso, reconhecer hierarquias e as limitações da minha actuação.” E2-13: L142

Os estudantes numa primeira experiência clínica hospitalar compreenderam que existem limites à sua actuação devido à complexidade do contexto. Um participante assumiu os seus erros, que atribuiu à falta de prática, perante o supervisor e a equipa, considerando que isso o ajudou a não repeti-los. Outro reconheceu que um dos erros cometidos se deveram ao excesso de confiança da sua parte e assumiu-o, admitindo, igualmente, a necessidade de estudar mais para fundamentar cientificamente a sua prática.

O aumento da capacidade de análise crítica foi endossado num estudante de cada ano.

“(...) vai-me ajudar a desenvolver um maior espírito crítico de modo a analisar detalhadamente as minhas atitudes (...)” E2-11: L89-90

O estudante do 2º ano cometeu dois erros imputáveis à sua inexperiência e ingenuidade: 1) deixa o cliente sozinho no duche por avaliação incorrecta do seu estado clínico, o que provocou um acidente, felizmente sem consequências aparentes; 2) não acautelou os

procedimentos com a algália, do que resultaram pequenas perdas de urina. Considerou que os contributos estiveram na sua falta de experiência e destreza e na dificuldade de comunicação com o cliente. Daí, a avaliação das consequências, a comunicação do sucedido ao supervisor e o desenvolvimento de acções destinadas a avaliar o bem-estar do cliente, consideradas indispensáveis em caso de erro. Percepcionou que aprendeu com o sucedido, passando a planear as actividades de modo diferente, o que, em termos de contributos profissionais, resultou em maior assertividade com o cliente, mais atenção e melhor planeamento de cuidados.

Um estudante do 2º ano entendeu que contribuiu para a valorização dos cuidados à pessoa moribunda.

“(...) a morte é uma passagem na vida como todas as outras e nós, enquanto futuros enfermeiros temos que proporcionar o melhor conforto, higiene, apoio, etc nessa altura (...) como enfermeira porque dou muito mais valor aos cuidados a prestar antes da morte.” E2-12: L177-179; 216-217

O participante viveu uma experiência de morte iminente do cliente que considerou ter contribuído para o erro cometido mas, também, para encarar a morte de modo diferente.

Outro estudante, mas do 4º ano pensou na dificuldade de ingresso no mercado de trabalho.

“[A média final de curso] que me irá dificultar o ingresso no mercado de trabalho.” E4-32: L91

A classificação tem um impacto poderoso porque pode ter consequências para a entrada no mercado de trabalho e para a progressão na carreira (Bevis, 2005). Desta forma, é valorizada pelo estudante mas prejudica as relações com colegas e supervisores, isto é, tende a prejudicar a aprendizagem porque se insinua em todas as actividades da experiência clínica (Carvalho, 2005; Reilley & Obermann, 1999).

Os contributos **de âmbito físico** aparecem em segundo lugar de acordo com a totalidade das unidades de análise.

Não repetir o erro é indicado em cinco unidades de análise do 2º ano e uma do 4º ano.

“Como futuro enfermeiro, não me vou esquecer, não é? (...) Durante esses três erros houve momentos em que preendi algalias. Em que pensava ‘Eu não vou cometer o mesmo erro!’ E2-2: L117; 154-156

A não de repetição do erro alicerça a percepção de se ter aprendido, bem como a tomada de consciência de que o mesmo não se deverá repetir. O participante E2-2, que reiteradamente cometeu o mesmo erro, finalmente, remete para o seu futuro profissional a sua não repetição. O outro participante do 2º ano não repetiu o erro e demonstrou, no conjunto dos seus registos, a necessidade de o prevenir, evidenciando reparação e desenvolvimento de competências e atribuindo tanto a si mesmo, como ao ambiente e ao supervisor a causa do sucedido. O estudante do 4º ano, estando a terminar o curso, projecta-se, naturalmente, no seu futuro profissional.

Contribuiu para a **actuação em caso de erro**, segundo quatro unidades de análise do 4º ano.

“Aquilo que eu aprendi e que vou levar sempre comigo é: aconteceu o erro, saber que coisas podem vir daí, ver se as mesmas acontecem, informar o médico para ele se quiser fazer alguma alteração e informar os colegas que vão estar depois com ele para o caso das complicações não aparecerem enquanto estamos a prestar os cuidados. Se tiver alguma intervenção, implementar o mais rápido possível.” E4-10: L84-89

No final do curso, este estudante apresentava uma forma correcta de actuação perante a ocorrência do erro, procurando evitar ou a minimizar os seus efeitos.

Quanto aos contributos **de âmbito relacional**, são os terceiros na contabilização de todas as suas unidades de análise mas ocupam o segundo lugar no 2º ano.

A **convivência com incompatibilidades na equipa** foi referida em duas unidades de análise do 2º ano e uma do 4º ano.

“Por outro lado o facto de ter tido de lidar com esta situação ajudou-me a criar estratégias de coping em termos relacionais. É natural que na minha futura vida profissional me depare com situações do género, em que haja má relação entre colegas de trabalho e agora acredito que tenho estruturas que me permitam lidar melhor com este facto. (...) É natural que na minha futura vida profissional me depare com situações do género, em que haja má relação entre colegas de trabalho e agora acredito que tenho estruturas que me permitam lidar melhor com este facto.” E4-32: L91-96; 99-102

Um participante vivenciou problemas na relação com o supervisor que contribuíram para o erro e considerou que se essa relação fosse melhor o teria evitado. Como estratégias para não cometer erros de medicação apontou a solicitação de supervisão e percebeu que adquiriu conhecimentos quer com o supervisor, a quem passou a considerar um recurso, quer com a equipa do serviço. Outro participante denunciou o

erro de um colega, evidenciando a existência de dificuldades de relacionamento com o mesmo. Sugeriu que uma melhor relação entre ambos teria evitado a situação, e percebeu, nos contributos como futuro enfermeiro, a importância de um bom ambiente de trabalho bem como a necessidade de ser mais assertivo com os colegas. Finalmente, o estudante E4-32, cuja verbalização transcrevemos acima, teve a percepção de que a sua não integração no serviço assim como a falta de atenção de um enfermeiro contribuíram para o erro relatado.

A empatia com o cliente, foi referida por um estudante de cada ano.

“Vi também que, aquela situação imprevista, todas as colegas à volta, os comentários que houve à volta dele, foi uma situação que eu não aceitei muito bem. (...) Comecei-me a ver na situação dele e ver a situação a ser analisada por espectadores, estudada. Acho que não foi o mais correcto. Claro que estamos a estudar para enfermeiros mas não acho bem. Em relação ao próprio grupo não me senti bem. Pus-me sempre na pele dele. E se ele pensaria se não seria por causa do grupo de estágio. (...) Cada pessoa é diferente das outras mas devemos ter consciência e colocarmo-nos no lugar dele.” E2-8: L143-145; 147-152; 158-160

A enfermagem enquanto profissão que se alicerça em relações terapêuticas, tem na empatia um elemento estruturante. Esta é uma capacidade que os estudantes começam a desenvolver na formação inicial (Watson, 1985) e que a partir da primeira experiência clínica começam a valorizar para o seu futuro profissional.

Duas unidades de análise do 2º ano reflectem que os erros cometidos contribuíram para o desenvolvimento de mais assertividade, a qual é indicada *com o cliente* por um estudante do 2º ano.

“Acho que também irá ajudar a impor-me mais em certas situações. (...) Por exemplo, eu se tivesse tido essa ideia mais cedo, deveria ter proposto ao senhor e tentá-lo convencer (...) explicar certas coisas às pessoas que são o melhor para elas.” E2-11: L94-95; 97-98; 103

E por outro participante, também do 2º ano, *com colegas*.

“(...) levá-lo a olhar para o seu próprio erro (...)” E2-17: L126-127

Foi demonstrada a relação entre a assertividade e o locus de controlo, através da constatação de que os indivíduos são mais assertivos quando crêem mais na capacidade de controlar o ambiente (Kukulu et al., 2006). A assertividade encerra também uma importante dimensão proactiva, ajudando o indivíduo a procurar e envolver-se em

actividades de aprendizagem para além das obrigatórias, assumindo a responsabilidade das mesmas e aumentando, com isso, a oportunidade de aprender e de promover o seu próprio desenvolvimento (Martin, 2008). Os dois estudantes que referem este contributo para o seu futuro profissional apresentaram um movimento para a internalidade no score do locus de controlo após a aprendizagem clínica.

A última categoria em evidência é relativa aos contributos de **âmbito afectivo**, com uma unidade de análise do 2º ano e duas do 4º ano, a indicarem mais controlo das emoções.

“(...) sei que a tensão que sinto externamente ou internamente, tem que ser controlada, para que não transpareça para o cliente. (...) Como futura enfermeira, aprender a lidar com a pressão (intrínseca ou extrínseca) para que esta não transpareça para o cliente nem que afecte a prestação de cuidados. (...) acalmar um pouco a ansiedade.” E2-21: L92-94; 97-99; 170-171

Nos contributos como pessoa surgiu a mesma percepção mas por diferentes estudantes. Tivemos então oportunidade de discutir as emoções dos enfermeiros. Este participante referiu-se à necessidade de controlar as emoções para não afectar a prestação de cuidados mas, também, para que o cliente não as notasse, o que pode comprometer a capacidade de ser genuíno.

Um estudante do 4º ano referiu-se a contributos que atravessam os vários âmbitos aqui apresentados: **aquisição de mais conhecimentos; aquisição de mais destreza; solicitação de ajuda quando necessário.**

Num processo de ensino/aprendizagem que reconheça o potencial do erro, a aquisição de conhecimentos e a solicitação de ajuda surgem naturalmente. Por sua vez, a destreza adquire-se com a prática.

3.4.5 – O Erro como dificultador e como impeditivo da aprendizagem e do desenvolvimento.

O Quadro 3.33 resume a categoria “**factores que dificultaram a aprendizagem com o erro**”. Considerámos os factores que se relacionaram **com o estudante e com outras pessoas**, nomeadamente supervisores e, ainda, os relacionados com o **contexto de ensino/aprendizagem vigente na ESEnFPD**. Também apresenta as respectivas

subcategorias de que sobressairam os factores **relacionados com outras pessoas**, especificamente, os supervisores.

Quadro 3.33 - Factores que dificultaram a aprendizagem com o erro

| Subcategoria 1 | Subcategoria 2 | Subcategoria 3 | Nº de unidades de análise/Ano | |
|---|--------------------------------------|--|-------------------------------|----|
| | | | 2º | 4º |
| Relacionados com outras pessoas | Supervisores | Feedback inadequado | 1 | 1 |
| | | Correcção na presença de terceiras pessoas | 1 | 1 |
| | | Factor gerador de stress | 1 | 1 |
| | | Repreensão | 1 | 0 |
| | | Ausência de reforço positivo | 1 | 0 |
| | Inespecíficos | | 1 | 0 |
| Sub-total | | | 6 | 3 |
| Relacionados com o estudante | Ansiedade | | 2 | 0 |
| | Falta de tomada de consciência | | 1 | 0 |
| Sub-total | | | 3 | 0 |
| Relacionados com o contexto de ensino/aprendizagem vigente na ESEnFPD | Diminuição da classificação | | 1 | 1 |
| | Diferença entre a teoria e a prática | | 1 | 0 |
| | Falta de reflexão | | 0 | 1 |
| Sub-total | | | 2 | 2 |
| Total | | | 11 | 5 |

O/s supervisor/es são os mais representados, por *feedback inadequado*, referido por um participante de cada ano.

“O feedback foi dado de que precisava de me esforçar mais e transmitir mais conhecimentos, nunca foi dado que estava negativa.” E2-20: L176-178

Por *correção na presença de terceiras pessoas*, igualmente apontado por um estudante de cada ano.

“(…) ainda por cima se for à frente dos clientes.” E2-14: L177

“(…) no entanto, disse-me isto na reunião, no fim do dia, em frente às colegas, chamando-me de irresponsável e dizendo que estes erros não poderiam acontecer (…)” E4-34: L134-137

Reiteramos a necessidade do estudante ter feedback atempado, claro e inequívoco. Por outro lado, há que agir de acordo com o erro cometido e já nos referimos a como alguns comportamentos são inadequados e não promovem a aprendizagem, nomeadamente a negação ou a desvalorização do sucedido. Também já discutimos a importância de salvaguardar a auto-estima do estudante. O participante E2-14 de que apresentamos a

unidade de análise acima refere-se à correcção dos seus procedimentos na presença dos clientes, com risco de diminuir a confiança destes na actuação posterior do formando, enquanto o participante E4-34 se refere à correção apenas na presença dos outros estudantes. Na nossa óptica, o procedimento impõe-se no segundo caso porque a equipa deve ter conhecimento do sucedido. Uma vez que é a segurança do cliente que está em causa e tem de ser salvaguardada, a equipa necessita de ter conhecimento do sucedido para poder actuar. Por outro lado, a aprendizagem dá-se de modo vicariante com os erros dos colegas. Importa, contudo, minimizar o mal-estar do estudante bem como a tendência para o rotular de modo a manter a relação pedagógica que ajudará no processo ensino/aprendizagem.

Os supervisores foram também considerados *factor gerador de stress* por um participante de cada ano.

“Quando nos coloca tanto stress que só conseguimos ter medo.” E2-14: L177-178

A *repreensão* foi um factor considerado dificultador da aprendizagem por um estudante do 2º ano.

“Quando briga (...) Quando grita connosco, quando briga (...)” E2-14: L175; 176-177

O mesmo participante referiu-se a *ausência de reforço positivo*.

“(...) quando nunca nos diz nada que fizemos de bem mas está sempre a dizer o que fizemos de mal.” E2-14: L175-176

Diversos autores, entre os quais Kushnir (1986), confirmam que os supervisores são não só uma fonte de stress, mas a principal nos estudantes em aprendizagem clínica.

A *repreensão* assume contornos de má relação, encontrando-se documentada, na literatura, por Simões et al. (2006), entre outros.

De modo diferente de Skinner, Bruner (2001) descreve o reforço como o feedback sobre o processo de aprendizagem proporcionado pelo professor em tempo útil para desencadear ou manter a motivação. Logo, o reforço não deve ser, nem precoce, para não confundir o estudante, levando-o a interromper as suas explorações, nem tardio, quando os conhecimentos já foram erradamente adquiridos. Rua (2011) verificou que os estudantes atribuem muita importância ao reforço positivo para lhes incutir confiança

nas suas capacidades, especialmente nos momentos de mais insegurança. A atribuição aos supervisores da dificuldade de aprender com o erro despertou-nos a curiosidade de saber qual o locus de controlo dos participantes que o fizeram. Nos estudantes do 2º ano, impera a externalidade e nos do 4º ano, os resultados vão no mesmo sentido, embora com uma diminuição ligeira dos scores que avaliam a externalidade.

Existiu ainda contributos que designámos por inespecíficas porque os participantes não referiram de quem se trata. Uma destas pessoas que o estudante do 2º ano não identificou, dificultou a aprendizagem com o erro por *não ter chamado a atenção*.

“(...) não temos a noção e ninguém de fora nos alerta a gente vai fazer outra vez.” E2-3: L138-139

Temos vindo a referir-nos à necessidade de correcção atempada para evitar a ocorrência de um erro ou a sua repetição.

Nos factores **relacionados com o estudante**, duas unidades de análise do 2º ano referem-se a ansiedade.

“(...) fiquei muito aflito e nervoso e assim não se aprende bem.” E2-14: L52-53

A falta de tomada de consciência foi apontada por um estudante do 2º ano.

“Quando não temos a noção do erro e quando não estamos alertadas. Por exemplo, se fazemos um erro hoje e não temos a noção.” E2-3: L137-138

Para o estudante ter consciência e aprender com o sucedido, deve-lhe ser facultado feedback corretivo o mais rapidamente possível e fomentado um processo de reflexão e definição de estratégias para desenvolvimento futuro. Pessoas com níveis muito elevados de ansiedade tendem a ter locus de controlo externo e baixo grau de auto-eficácia (Bandura, 1997; Costa, 2002; Källmen, 2000). Barros et al. (1993) e Ofori (2002) corroboram a relação entre a ansiedade e a auto-eficácia e Ribeiro (2000), bem como Källmen (2000), a relação entre a ansiedade e o locus de controlo com os externos a apresentarem níveis mais elevados de ansiedade. Kushnir (1986) verificou que a ansiedade afeta os processos cognitivos ao inibir a memória e diminuir a retenção dos conceitos recém aprendidos, o raciocínio e a capacidade de tomar decisões. Fonseca (2006) e Rua (2011) referem-se à influência do stress na aprendizagem clínica. Os participantes em apreço revelaram locus de controlo externo, ainda que com discreta internalização, e auto-eficácia percepcionada abaixo da média num estudante e

acentuada diminuição nos outros. No conjunto dos três participantes incluídos nesta subcategoria, havia história de reprovação anterior, houve nesta aprendizagem clínica e posteriormente.

Quanto aos factores **relacionados com o processo de ensino/aprendizagem** foi apontada a *diminuição da classificação* por um estudante de cada ano.

“Foi um obstáculo na altura porque a minha média baixou um bocadinho. Na altura eu senti que foi um obstáculo e pronto, de certa maneira não deixou de o ser porque me baixou a nota.” E2-4: L210-213

Ambos os participantes obtiveram classificações abaixo da média. Este resultado levamos, por um lado, a consubstanciar a ideia de que as classificações interferem com a aprendizagem (Bevis, 2005; Carvalho, 2005; Reilley & Obermann, 1999), tendo os estudantes em causa aludido directamente a esse facto, e, por outro lado, a questionar se o mesmo estará relacionado com uma cultura de culpabilização relativamente ao erro. Este tipo de cultura, que é dominante em Portugal, dificulta o registo e o estudo destes acontecimentos (Fragata & Martins, 2008).

Também houve referência à diferença entre a teoria e a prática, por um estudante do 2º ano.

“Porque uma pessoa tenta fazer o que está certo, tenta aplicar os conhecimentos que traz da escola, porque não tem prática nem experiência profissional e estamos depois num meio onde existem muitas pessoas que têm experiência e prática profissional muito acima. Podem não ter o mesmo formato, a mesma ideologia, estarem mais voltados, darem mais atenção a determinadas coisas... Por vezes não une muito bem. É tipo como as placas tectónicas; umas vezes mais abaixo, outras mais acima.” E2-7: L238-245

Um participante do 4º ano imputou a falta de reflexão.

“(...) não se encontra uma solução de que toda a gente erra, o que é que se pode fazer agora, não se vai deixar o cliente assim. Não é neste sentido, essa reflexão não se faz.” E4-10: L237-239

A desarticulação entre a teoria e a prática provoca dificuldades aos enfermeiros mais velhos, mas, também, nos recém-formados (Franco, 2000), nos supervisores clínicos (Longarito, 2002) e nos estudantes (Gibbons et al., 2007, 2009; Jones, 2006; Martin, 2008; Wilson, 1994). Uma das funções dos supervisores pedagógicos é promover a aproximação entre a teoria e a prática (Abreu, 2003; Longarito, 2002) e os estudantes

referem que apenas a conseguem fazer depois de observarem a prestação de cuidados (Jones, 2006; Wilson, 1994). Para facilitar a aprendizagem, já Schweer (1972) e Joel (1988) consideravam indispensável o recurso a demonstrações, simulações, novas tecnologias, discussão em grupos, conferências, estudos de caso, seminários e práticas laboratoriais. Como referimos em todo este trabalho, a reflexão é indispensável na formação de profissionais de enfermagem.

Entendemos por **motivo do erro ter sido impedido da aprendizagem e do desenvolvimento** não apenas a circunstância dos participantes terem sentido dificuldades, mas, também, dos erros cometidos serem obstáculo à aprendizagem. O Quadro 3.34 apresenta o resumo dos dados. Todos se relacionavam com o próprio estudante que se sentiram prejudicados e, à exceção de um caso, eram participantes do 2º ano.

Quadro 3.34 - Motivos do erro ter sido impeditivo da aprendizagem

| Subcategoria 1 (Motivos do erro ser impeditivo da aprendizagem) | Subcategoria 2 (Explicitação dos motivos do erro ser impeditivo da aprendizagem) | Nº de unidades de análise/Ano | |
|--|---|----------------------------------|----|
| | | 2º | 4º |
| Prejuízo | Do desempenho posterior | 2 | 0 |
| | Da relação terapêutica | 1 | 0 |
| | Da classificação | 1 | 0 |
| Inibição subsequente | | 2 | 0 |
| Consciência de que estava a errar | | 1 | 0 |
| Diminuição da percepção de auto-eficácia | | 0 | 1 |
| Total | | 7 | 1 |

Os erros foram impeditivos da aprendizagem, em primeiro lugar, por ter **prejudicado o desempenho posterior** segundo duas unidades de análise do 2º ano.

“(...) porque prejudicou todo o meu desempenho.” E2-16: L60-61

De ter **prejudicado a relação terapêutica**, de acordo com um participante do 2º ano.

“(...) ainda a relação terapêutica que estabeleci com o cliente apesar de só ter ficado mesmo naquele dia com ele, mas aquele dia de trabalho não foi compensador e o cliente provavelmente não considerou como bom o meu desempenho (...)” E2-16: L61-64

E também **a classificação** de acordo com outro estudante do mesmo ano.

“Foi um obstáculo porque no fundo pôs em causa tudo o que tínhamos feito antes (...)” E2-19: L165-166

No primeiro caso vemos que um erro tende a desencadear outros e a impedir a aprendizagem.

Ainda que os clientes apreciem a prestação de cuidados por estudantes de enfermagem (Martin, 2008) e se estabeleçam laços entre uns e outros, nem sempre a relação é satisfatória, designadamente quando os formandos receiam a interacção (Idczak, 2007) ou apresentam dificuldades em estabelecer a relação (Carvalho, 2005).

O participante E2-19 foi classificado abaixo da média e, na sua percepção, isso deveu-se ao erro, que, segundo refere, anulou toda a sua prestação anterior. Uma vez mais, questionamos se em causa estará uma prática supervisiva e avaliativa punitiva ou uma atribuição de importância à classificação que influencie determinantemente a aprendizagem. Apuramos a existência de discrepâncias entre os supervisores quanto às classificações atribuídas, pois existiram outros casos de erros reiterados, de natureza porventura mais grave, associados aos quais estiveram formas de reacção inadequadas, que, aparentemente, não se repercutiram na avaliação. Não advogamos que a avaliação seja punitiva mas entendemos que os seus procedimentos devem obedecer a uma maior uniformização para que os estudantes não se sintam injustiçados e desmotivados e disponham de oportunidades iguais diante das exigências da formação. O registo do estudante confirma a alusão, na literatura de pesquisa, ao facto de, por vezes, as classificações se basearem nos erros cometidos pelos formandos (Carvalho, 2004).

Duas unidades de análise do 2º ano indicam que houve inibição subsequente.

“Porque fiquei muito mais contraída... muito mais contraída. (...) foi prejudicial porque no sentido mais concreto de me sentir desamparada.” E2-7: L230; 231-232

Um estudante do 2º ano relatou a consciência de que estava a errar.

“Foi obstáculo porque sei que fui cúmplice de uma coisa que está errada. E saber que está errado ainda é pior.” E2-7: L418-420

Na situação deste estudante, tratou-se de ver um colega errar, o que gerou a reacção apresentada e discutida na respectiva subcategoria.

O único estudante do 4º ano incluído nesta categoria, referiu que o erro cometido lhe provocou diminuição da percepção de auto-eficácia.

“(...) deixou-me um pouco desiludida comigo mesma, pois nunca tinha acontecido com o outro orientador. (...) porque levou a que ficasse mais nervosa e menos confiante aquando da realização de algo. (...) diminui um pouco a minha confiança, aumentando o medo de errar novamente.” E4-35: L46-47; 51-52; 58-59

Os erros podem ter efeitos devastadores consoante a forma como são entendidos e geridos e a culpa e a vergonha impedem a aprendizagem que deles resulta (Arndt, 1994; Berman, 2006). As pessoas que se auto-percepcionam como ineficazes tendem a visualizar cenários de falha e a minar a sua motivação e desempenho, tornando difícil o sucesso quando duvidam de si mesmos. Confirmamos o que o participante refere quanto à diminuição da auto-eficácia percebida que, efectivamente, apresenta uma diminuição acentuada após a aprendizagem clínica, o que tende a fazer com que generalize e perspetive com receio várias situações que passam a ser encaradas como potencialmente perigosas, influenciando o seu desempenho (Bandura, 1985).

Resumindo esta dimensão em estudo, as percepções dos estudantes de enfermagem relativamente à oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento a partir dos erros cometidos em aprendizagem clínica começaram por registar a concordância de que os eventos contribuíram para a aprendizagem com mais destaque dos estudantes do 2º ano. Quanto a serem um factor impeditivo, foi mais referido pelos estudantes do 4º ano.

Os motivos pelos quais o erro foi percebido como contributo para a aprendizagem teve a ver com evolução posterior em que os estudantes destacaram a maior atenção que passaram a ter na prestação de cuidados. Das referências, distinguimos ainda a não repetição da ocorrência, mais cuidado na preparação e administração de medicação, desempenho posterior correcto e planeamento diferente das actividades bem como a tomada de consciência de como agir no futuro e os conhecimentos detidos.

Nos factores que facilitaram a aprendizagem com o erro os mais indicados relacionaram-se com o próprio estudante, com destaque para a reflexão na acção e também a transferência e a solicitação de supervisão. Foram indicados factores relacionados com o processo de ensino/aprendizagem vigente na ESEnfPD, nomeadamente a reflexão sobre a acção, quer em grupo quer com os supervisores. Na actuação do supervisor para facilitar a aprendizagem com o erro foram mais valorizados os seguintes aspectos: correcção do que estivesse mal; garantia de oportunidade dos estudantes aprenderem com os erros; crítica construtiva; feedback imediato, no próprio dia e em privado; demonstração de paciência e de confiança no estudante; demonstração

de procedimentos; transmissão de conhecimentos; comunicação calma; atenção ao desempenho do estudante; entendimento do formando como pessoa única; actuação conjunta com ele; explicação das consequências; abertura para tirar dúvidas.

No que se refere aos contributos para a aprendizagem e o desenvolvimento, houve mais referências ao futuro profissional do que aos contributos como pessoa. Assim, enquanto futuro enfermeiro, foram indicados os seguintes contributos: 1- de âmbito cognitivo (tomada de consciência de que se cometem erros, da complexidade dos cuidados de enfermagem, de que se aprende com o erro, de não poder repetir o erro e da imprevisibilidade dos cuidados de enfermagem, entre outras, responsabilidade na prestação de cuidados e com a medicação e importância de vários aspectos dos cuidados de enfermagem, principalmente, de assumir o erro, ter mais atenção durante a prestação de cuidados e ter a certeza do que se está a fazer); 2- de âmbito físico (não repetir o erro, actuação em caso de erro e aquisição de mais destreza); 3- de âmbito relacional (convivência com incompatibilidades na equipa, empatia com o cliente, mais assertividade com o cliente e colegas e solicitação de ajuda quando necessário); 4- de âmbito físico (mais controlo das emoções).

Como pessoa, os contributos mais referidos foram da consciência da imprevisibilidade, seguidos de mais segurança em si, mais prudência e dúvidas se os supervisores têm capacidades de supervisão ou planeiam prejudicar os estudantes.

O erro foi entendido como dificultador da aprendizagem e de desenvolvimento, em primeiro lugar, por factores relacionados com outras pessoas, nomeadamente, os supervisores, devido ao seu feedback inadequado, correcção na presença de terceiros e serem um factor gerador de stress. Ou seja, enquanto os contributos facilitadores de aprendizagem foram mais valorizados por factores do próprio estudante, os dificultadores foram mais atribuídos a outras pessoas, nomeadamente, supervisores. Foram também indicados factores relacionados com os estudantes, a ansiedade e a falta de tomada de consciência do sucedido. Nos factores relacionados com o contexto de ensino/aprendizagem vigente no ESEnFPD foram referidas a diminuição da classificação, a diferença entre a teoria e a prática e a falta de reflexão.

Nos motivos pelos quais o erro cometido foi um factor impeditivo da aprendizagem, sobressaiu o prejuízo do desempenho posterior, da relação terapêutica e da

classificação. Foi ainda indicado a inibição subsequente, a consciência de que estava a errar e a diminuição da percepção de auto-eficácia.

Conclusões e Limitações

Esta dissertação teve como **finalidade** contribuir para a compreensão da complexidade da ocorrência de erros por parte dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica e da possibilidade de aprendizagem e desenvolvimento a partir dessas ocorrências e, eventualmente, iniciar uma linha de investigação que permita ir conhecendo o fenómeno, de modo a estabelecer estratégias que possibilitem cuidados de enfermagem seguros e de excelência a partir da formação inicial. O seu **objectivo** foi “Analisar factores associados aos erros cometidos pelos estudantes de enfermagem durante a aprendizagem clínica, e as suas percepções relativamente a essas ocorrências e à oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento que lhes proporcionaram”. A partir deste objectivo trabalhámos com duas dimensões – “percepções dos estudantes de enfermagem relativamente aos erros cometidos em aprendizagem clínica” e “percepções dos estudantes de enfermagem relativamente à oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento a partir dos erros cometidos em aprendizagem clínica”.

Este estudo trouxe conhecimento relativamente ao existente no que se refere à percepção dos erros cometidos pelos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica e a possibilidade de aprender a partir dos mesmos. Também possibilitou relacionar a ocorrência do erro com características sociodemográficas, escolares, situacionais e de auto-percepção de competências.

Apresentamos as conclusões deste estudo a partir das perguntas orientadoras de modo a esclarecer as respectivas respostas.

1) Qual é a percepção dos estudantes de enfermagem sobre o que é um erro na prestação de cuidados?

A percepção dos participantes do que é um erro não foi unânime: um procedimento que se afasta do correcto, ou seja, má execução após ter aprendido, envolvendo pessoas como o cliente ou o profissional de saúde que podem ser prejudicadas e que, de acordo com a gravidade, é normal com a função de alerta ou, então, equivalente a negligência.

Existia uma percepção simplista baseada numa única característica mas, em três estudantes, uma percepção mais complexa, nomeadamente, um participante que, focando no processo, entendia que é um evento negativo e comparado a negligência,

numa percepção apenas negativa. Outro, focou na função e nas consequências, entendendo que o erro é, simultaneamente, um alerta e um prejuízo para o cliente e para o profissional de saúde. Um terceiro participante incidiu no alvo e nas consequências, percebendo que só se considera erro quando incide nas pessoas e que há erros mais graves do que outros.

2) Que erros acontecem na aprendizagem clínica dos estudantes de enfermagem?

Durante a aprendizagem clínica, através dos dados recolhidos nos questionários, os erros com um total mais elevado foram os de execução dos cuidados de enfermagem seguindo-se, por ordem decrescente, os de competências transversais, os de identificação de necessidades, os de avaliação dos cuidados de enfermagem e os de planeamento de cuidados. Contrariando os estudos encontrados, os erros de medicação não foram os mais comuns nem diminuíram, pois apresentaram-se mais frequentes no 4º ano do que no 2º ano.

Dos dados recolhidos nas entrevistas, após a aprendizagem clínica e atendendo ao total dos erros referidos, a maior ocorrência foi também nos de execução dos cuidados de enfermagem, a seguir, nos de medicação, de identificação de necessidades, de competências transversais, de planeamento de cuidados e de avaliação dos cuidados de enfermagem. Os erros de medicação continuaram a ser mais reportados no 4º ano mas neste ano não foram comunicados erros de competências transversais.

Nos erros de **Execução dos Cuidados de Enfermagem**, os mais frequentes foram os de “Implementação dos procedimentos de acordo com a respectiva norma”, o que significa que os erros mais comuns nesta categoria eram de cumprimento das normas estabelecidas para cada procedimento.

Relativamente aos erros nas **Competências Transversais**, destacaram-se os de “Desempenho independente da orientação do supervisor”, reflectindo que os estudantes erraram relativamente a uma actuação independente, quer porque não deveriam ter prestado cuidados sem a presença do supervisor quer porque se mostraram dependentes deste em procedimentos em que já não era suposto serem continuamente supervisionados.

Os erros de **Identificação de Necessidades** detiveram com o mesmo número de ocorrências, os de “Identificação das necessidades do cliente através do processo clínico”, e os de “Identificação das necessidades do cliente através da observação”, denotando que, quer as capacidades de análise e interpretação do processo clínico quer as de observação sistemática do cliente estavam deficitárias.

Referente aos erros de **Avaliação dos Cuidados de Enfermagem**, a única subcategoria onde os estudantes apontaram erros foi “Elaboração de registos com informação pertinente e útil à continuidade dos cuidados”.

A categoria menos representada foi a de erros no **Planeamento de Cuidados**, na qual se destacaram “Estabelecimento de prioridades” pertencente a “Definição de Diagnósticos de Enfermagem de acordo com as necessidades do cliente nas suas diferentes dimensões”.

Houve **repetição do mesmo erro** seis vezes no 2º ano, sendo três pelo mesmo estudante. No 4º ano a repetição do erro sucedeu uma vez. De todos os resultados obtidos, concluímos que existiu inconsistência de procedimentos de supervisão, de classificação e mesmo de reprovação no conjunto de supervisores pois houve estudantes com erros mais graves e reiterados, com reacções inadequadas em que, aparentemente, não houve consequências enquanto estas sucederam em casos porventura menos graves, sem reincidência e com reacções adequadas por parte dos estudantes.

Os erros ocorreram com vários tipos de clientes nos diferentes serviços onde decorreu a aprendizagem clínica. Foi presenciado, em primeiro lugar, pelos supervisores, seguindo-se, colegas, outros clientes, familiares do cliente, assistentes operacionais e enfermeiro chefe.

A semana com mais ocorrências foi a quarta, a sétima e, depois, a décima primeira, a partir da qual se verificou diminuição até à final. Foram mais frequentes no início da aprendizagem clínica e no turno da tarde. Portanto, começaram a ocorrer mais erros quando o estudante prestava cuidados integrais após as primeiras semanas de integração e supervisão mais próxima e diminuíram após um período sustentado que permitiu consolidação de saberes e capacidades. O aumento dos erros coincidiu com a auto-percepção de menos facilidade e a sua diminuição com a auto-percepção de mais

facilidade. O registo de ocorrências de erro nas semanas 13, 14 e 15 apenas se refere ao 4º ano porque o ensino clínico do 2º ano terminou na semana 12.

Na maioria das vezes o erro foi detectado no 2º ano pelo próprio estudante e no 4º ano pelo supervisor clínico.

Houve estudantes que não referiram erros na auto-avaliação semanal e relataram-nos nas entrevistas e o inverso também sucedeu, ou seja, sem referências na auto-avaliação semanal, fizeram-no nas entrevistas. Este facto reforça a adequação da metodologia mista que possibilitou complementaridade, confirmação e rigor.

Confirmámos a existência de correlações positivas e estatisticamente significativas entre os vários tipos de erros.

3) Que factores socio-demográficos e escolares dos estudantes de enfermagem estão associados à ocorrência de erro em aprendizagem clínica?

Existem diferenças estatisticamente significativas entre o “total de erros de avaliação dos cuidados de enfermagem” consoante o **género** dos estudantes, sendo mais evidentes no feminino. Há diferença estatisticamente significativa entre os “erros de competências transversais” e o **género** tendo o feminino registado mais deste tipo de erros.

Regista-se diferença estatisticamente significativa entre os “erros de planeamento de cuidados” e a condição de ser **estudante trabalhador**, em que estes referiram mais erros.

A diferença estatisticamente significativa entre os “erros de execução dos cuidados” consoante os estudantes possuíam ou não **UC em atraso** levou-nos a verificar que existiram mais erros reportados pelos participantes que não as possuíam. O mesmo sucedeu com a relação entre ter UC em atraso e o “total de erros” cometidos.

Há diferença estatisticamente significativa entre os “erros de execução dos cuidados de enfermagem” e o **ano de frequência** sendo os estudantes do 4º ano os que mais erros referiram. O mesmo sucedeu com os “erros de avaliação dos cuidados de enfermagem” e o “total de erros”.

Sem significância estatística encontrámos ainda os dados seguintes que nos merecem atenção.

Atendendo à **idade**, o “total de erros” em aprendizagem clínica, os de “identificação de necessidades”, os de “competências transversais” e os “de medicação” apresentaram média mais elevada nos estudantes mais novos, ou seja, com 21 anos ou menos. Os erros de “planeamento de cuidados” detiveram média mais elevada nos participantes com idades entre os 22 e os 29 anos enquanto os de “avaliação dos cuidados de enfermagem” se evidenciaram nos estudantes mais velhos, ou seja, com 30 ou mais anos.

Os estudantes **provenientes** do exterior da ilha de São Miguel apresentam mais erros nas competências transversais.

O **grupo profissional do pai** e o **grupo profissional da mãe**, a **escolaridade do pai** e a **escolaridade da mãe** não apresentaram um padrão relacionado com a ocorrência dos erros em aprendizagem clínica.

No que se refere à **residência**, houve uma média mais elevada do “total de erros”, de erros de “avaliação dos cuidados de enfermagem” e de erros “de medicação” nos estudantes residentes nos outros concelhos da ilha de São Miguel. Já as médias mais elevadas de erros na “identificação de necessidades”, na “execução dos cuidados de enfermagem” e nas competências transversais” foram registadas nos participantes residentes na cidade de Ponta Delgada, enquanto os de “planeamento de cuidados” nos residentes na periferia.

Quanto ao **estado civil**, o “total de erros”, os erros de “execução de cuidados de enfermagem” os de “avaliação dos cuidados de enfermagem” e os de “medicação” apresentaram média mais elevada nos estudantes solteiros. Os estudantes casados reportaram mais erros de “competências transversais”.

Os **estudantes que possuíam filhos** obtiveram médias mais elevadas em todas as categorias de erros excepto nos de “medicação”.

Relativamente à **coabitabilidade** não encontrámos um padrão relativo às médias mais elevadas dos erros mas verificámos a existência para as médias mais baixas, ou seja, os estudantes que viviam sozinhos referiram menos erros em todas as categorias de erros excepto nas de “competências transversais”.

Concernente à **dependência financeira**, os estudantes que dependiam do seu trabalho em tempo parcial apresentaram médias mais elevadas em todas as categorias de erros exceto nos de “avaliação dos cuidados de enfermagem” e nos erros de “medicação” em que, neste último caso, não houve referências.

Quanto à **média de classificações obtidas nas UC até ao ensino clínico em estudo**, apurámos a existência de “total de erros”, de “execução dos cuidados de enfermagem”, de “avaliação dos cuidados de enfermagem” e de “medicação” nos estudantes detentores de classificação mais elevada. Os estudantes com classificação mais baixa revelaram média de erros mais elevada nas “competências transversais”.

No que se refere à **repetência do ensino clínico em estudo**, os estudantes que não se encontravam a repeti-lo apresentaram médias mais elevadas no “total de erros”, nos erros de “identificação das necessidades”, de “planeamento de cuidados” e de “execução dos cuidados de enfermagem”. Os estudantes que estavam a repetir apresentaram médias mais elevadas nos erros de “avaliação dos cuidados de enfermagem”, nos de “competências transversais” e nos de “medicação”.

Atendendo à **ocorrência de erro em ensino clínico anterior**, verificámos que a média em todas as categorias de erros é superior nos que reconheceram a sua existência em experiências anteriores de aprendizagem clínica.

Existiram padrões de ocorrência de mais e de menos erros, bem como do seu tipo, consoante o **serviço onde decorreu o ensino clínico**.

Por último, relativamente à **classificação final obtida no ensino clínico**, a média mais elevada do “total de erros” correspondeu aos estudantes classificados com Muito Bom e a mais baixa aos que reprovaram. Resumindo os vários resultados deste factor, verificámos que os erros na “identificação de necessidades” detiveram médias mais elevadas nos estudantes classificados com Suficiente, os erros no “planeamento de cuidados”, nos que tiveram classificação Excelente, os erros na “execução dos cuidados de enfermagem” naqueles com Muito Bom, os erros na “avaliação dos cuidados de enfermagem” também nos estudantes com classificação de Muito Bom, os erros nas “competências transversais” nos estudantes que reprovaram e os erros de “medicação” nos classificados com Bom.

4) Que factores disposicionais, de auto-percepção de competências e de desenvolvimento estão subjacentes aos estudantes que cometem erros em aprendizagem clínica?

Os resultados revelaram que quanto mais os estudantes perceberam as suas competências de “planeamento de cuidados” menos erros cometeram nas competências transversais.

Quanto mais perceberam as competências de “execução dos cuidados de enfermagem” menos “erros nas competências transversais” relataram. Relativamente aos “erros de medicação”, quanto mais consideraram as competências de “execução dos cuidados de enfermagem” menos erros deste tipo reportaram.

Houve aumento estatisticamente significativo da percepção de auto-eficácia dos estudantes após a aprendizagem clínica. Quanto mais elevada foi esta percepção antes da aprendizagem clínica menos erros na “avaliação dos cuidados de enfermagem” registaram.

A internalidade dos estudantes aumentou durante a aprendizagem clínica com registo estatisticamente significativo entre antes e após. Verificámos também que, quanto mais elevada era a percepção de auto-eficácia maior a internalidade, antes e após a aprendizagem clínica. O locus de controlo não se mostrou associado a qualquer tipo de erro.

Existiu diminuição estatisticamente significativa entre o nível de stress geral antes e após a aprendizagem clínica. A média inicial de stress correspondia aos níveis mais elevados de todos os encontrados na literatura ainda que após tenham diminuído para valores semelhantes aos encontrados em Portugal. Quanto mais elevado era o nível de stress geral antes da aprendizagem clínica, menor foi a percepção de auto-eficácia generalizada e mais externalidade existia. Também concluímos que quanto mais elevado era o stress antes da aprendizagem clínica maior número de “erros de competências transversais” foram referidos.

Verificámos a existência de correlações estatisticamente significativas entre os vários factores de avaliação do stress (BSSI) antes e após a aprendizagem clínica. Nestes factores, relativamente aos erros referidos, apurámos as seguintes correlações: positiva fraca entre o total de erros de “competências transversais” e o stress provocado pela

expectativa em relação ao comportamento do cliente e da equipa do EC antes da aprendizagem clínica; positiva moderada entre o total de erros de “competências transversais” e o stress provocado pelo relacionamento que não implica um grau de intimidade elevado antes da aprendizagem clínica; positiva moderada entre o total de erros de “avaliação dos cuidados de enfermagem” e o stress relacionado com pouca responsabilidade; positiva fraca entre o total de erros de “competências transversais” e o stress relacionado com problemas pessoais e com os pais após a aprendizagem clínica; positiva fraca entre o total de erros de “competências transversais” e o stress associado às pressões decorrentes do matrimónio após a aprendizagem clínica; negativa moderada entre o total de “erros de medicação” e os níveis de stress relacionados com a falta de apoio administrativo após a aprendizagem clínica; correlação negativa moderada entre o total de erros de “avaliação dos cuidados de enfermagem” e os níveis de stress relacionados com a escolha da profissão e preparação para o seu desempenho após a aprendizagem clínica; positiva moderada entre o total de erros de “competências transversais” e o stress relacionado com pouca responsabilidade após a aprendizagem clínica.

Os estádios 2, 3, 4, 5 e 6 de desenvolvimento moral diminuíram enquanto o estágio 5A aumentou bem como o Índice P, este com significância estatística levando-nos a verificar o aumento do desenvolvimento moral. Quanto mais elevado se mostrou o desenvolvimento moral mais erros de “execução dos cuidados de enfermagem” e “total de erros” foram revelados.

5) Que percepções possuem os estudantes de enfermagem que cometeram erros em aprendizagem clínica relativamente à ocorrência dos mesmos?

Nos **Contributos para o erro** os mais indicados foram os “relacionados consigo próprio”, pelo que concluímos que os estudantes atribuíram em primeiro lugar a si próprios o erro que cometeram. Os contributos de âmbito cognitivo foram os mais referidos, principalmente a falta de atenção, a ambientação ao serviço com destaque para a não integração, a falta de conhecimentos e a organização das suas actividades. Nos contributos de âmbito afectivo destacou-se o stress devido a experiências clínicas e o medo de errar. Os contributos de âmbito físico evidenciaram a falta de experiência e, a

seguir, do cansaço, e os de âmbito relacional a dificuldade na relação, quer a terapêutica com o cliente quer com colega.

Relativamente aos contributos “relacionados com o supervisor” houve mais indicações de problemas na relação, nomeadamente por ser gerador de medo, observar e avaliar. Nos “relacionados com o contexto de serviço” sobressaiu a existência de uma situação inesperada, a falta de atenção tanto do enfermeiro quanto da equipa do serviço, e ainda, a sobreposição de tarefas. Nos “relacionados com o contexto de ensino/aprendizagem vigente na ESEnfPD”, a preparação escolar, por ser inexistente e por ser inadequada, nos “relacionados com o cliente”, o seu comportamento e, nos “relacionados com os colegas”, a sua presença.

Relativamente à **Reacção do estudante perante o erro que cometeu**, as de “âmbito afectivo” foram as mais representadas, seguindo-se, imediatamente, as de “âmbito cognitivo” e depois as de “âmbito relacional” e as de “âmbito físico”. Nas de “âmbito afectivo” houve maior referência ao medo de reprovar, nas de “âmbito cognitivo”, a reflexão sobre a acção quanto às estratégias futuras, sobre as causas do erro e as suas possíveis consequências, bem como a tomada de consciência de que errou. Nas de “âmbito relacional”, evidenciou-se o assumir o erro perante o supervisor, o cliente e a equipa de enfermagem e, ainda, a comunicação aos supervisores. Nas reacções de “âmbito físico”, a reparação do erro.

Nas **Acções perante o erro cometido** destacaram-se, nas “efectuadas”, a reparação, a avaliação do bem-estar do cliente, a execução correcta do procedimento e a comunicação do erro. Nas que consideravam que “devem ser efectuadas”, assumir do erro, em primeiro lugar sem indicação a quem o fazer, depois perante o cliente, o supervisor, os outros enfermeiros, o enfermeiro chefe, a equipa do serviço, os colegas e os superiores hierárquicos. Houve também indicação de reparação do erro, tomada de consciência de que errou, salvaguarda do bem-estar do cliente e pedido de ajuda, entre outras. Comparando as acções que os estudantes efectuaram com as que entendiam que devem ser efectuadas encontrámos coerência entre avaliação do bem-estar do cliente, reparação e comunicação ao médico no caso de erro de medicação.

Quanto às **Consequências do erro para os intervenientes**, verificaram-se cinco “para o cliente”: queda; ferimento; atraso na toma de medicação; atraso na refeição e permanecer mais tempo descoberto. Para os prestadores de cuidados, as consequências

foram essencialmente “para o estudante” levando, em extremo, à reprovação de dois estudantes, um de cada ano. O “supervisor clínico” foi também alvo de uma consequência, a não conformidade na auditoria.

O **Que poderia ter evitado o erro** foi imputado principalmente aos próprios “estudantes”. Neste caso, houve indicações, em primeiro lugar, a condições de âmbito cognitivo, principalmente, mais atenção, planeamento diferente, mais reflexão, mais auto-confiança. Depois, de âmbito relacional, a melhor comunicação com os supervisores, com o cliente e com colegas. A seguir, de âmbito afectivo, mais calma. Por fim, no que se refere ao próprio estudante, surgiu de âmbito físico, com indicação de mais experiência. Por parte do “contexto de ensino/aprendizagem vigente na ESEnfPD”, foi apontada a existência de mais tempo para as diversas actividades, no serviço e para conhecer o cliente. Por parte “do supervisor”, teria sido atender à experiência do estudante bem como a efectiva presença e supervisão. Finalmente, por parte do “contexto do serviço”, houve indicação de melhor comunicação tanto por parte do médico como do enfermeiro chefe.

Nas **Estratégias para evitar erros de medicação**, o mais evidente reportou-se àquelas “por parte do estudante”, sendo em primeiro lugar a aquisição de conhecimentos, designadamente, em bibliografia, com o supervisor e com a equipa do serviço. Em segundo lugar surgiu o cumprimento das regras estabelecidas nos “cinco certos” e em terceiro lugar a confirmação, ainda que tenham sido revelados lapsos e modos insuficientes de proceder à mesma. Ainda foi apontada a solicitação de supervisão. “Por parte dos supervisores” foi indicada a supervisão durante a preparação e a administração bem como a confirmação dos conhecimentos dos estudantes.

Destacamos que ao contrário do encontrado em alguma literatura encontrada, os estudantes deste estudo reconheceram e assumiram que cometeram erros, atribuíram a si mesmos os principais contributos para a ocorrência e para o que poderia ter evitado o sucedido.

6) Em que medida os estudantes consideram que os erros cometidos contribuíram, dificultaram ou foram impeditivos da sua aprendizagem e desenvolvimento?

Concluímos que o erro contribuiu para a aprendizagem na maior parte dos casos, foi impeditivo em poucos e raros os que não contribuíram. Os estudantes do 2º ano consideraram mais que os do 4º ano que os erros cometidos contribuíram para a sua aprendizagem e o facto dos erros terem constituído um factor impeditivo foi mais referido pelos participantes do 4º ano.

Nas **Percepções dos estudantes quanto ao erro ter contribuído para a aprendizagem**, destacaram-se motivos relacionados com “evolução posterior” pois referiram ter passado a estar mais atentos, a não repetirem o erro cometido, a terem mais cuidados na preparação e administração da medicação, a terem um desempenho correcto, bem como a planearem as actividades de modo diferente, Também reconheceram que “tomaram consciência”, nomeadamente, de como agir no futuro e dos conhecimentos que detinham.

Os **Factores que facilitaram a Aprendizagem com o Erro** foram, segundo o maior número de referências, “relacionados com o estudante”, onde os participantes destacaram a reflexão sobre a acção, a transferência de conhecimentos e a solicitação de supervisão. A seguir, nos “relacionados com o processo ensino/aprendizagem”, a reflexão sobre a acção, em grupo e com os supervisores. Na “actuação do supervisor para facilitar a aprendizagem com o erro”, evidenciou-se a correcção do que estava mal e proporcionar oportunidade de aprendizagem com os erros. Relativamente aos supervisores foi percebido que facilitaram a aprendizagem com o erro quando emitiram crítica construtiva, proporcionaram feedback imediato no próprio dia e em privado, demonstraram paciência e confiança nos estudantes, demonstraram os procedimentos, transmitiram conhecimentos, comunicaram com calma, consideraram o estudante uma pessoa única, actuaram em conjunto com ele, explicaram as consequências e demonstram abertura a dúvidas.

Nos **Contributos para a aprendizagem e desenvolvimento do estudante de enfermagem**, houve mais referência aos relativos a “futuro enfermeiro” do que ao estudante “enquanto pessoa”. Como futuro profissional houve mais endossos de âmbito cognitivo, especificamente, de tomada de consciência de que se cometem erros, da

complexidade dos cuidados de enfermagem, de que se aprende com o erro, de não repetir o erro, da imprevisibilidade dos cuidados de enfermagem e que a comunicação deve ser adequada. Também houve referências à responsabilidade na prestação de cuidados e com a medicação (evitar estes erros, que administra quem preparou e de que é necessário deter conhecimentos). Houve ainda referência à atribuição de importância a vários aspectos da prestação de cuidados de enfermagem, de mais atenção durante a mesma, de ter a certeza do que se está a fazer e de melhor planeamento de cuidados. Em seguida, manifestaram-se contributos de âmbito físico, a saber, não repetir o erro, como actuar em caso de erro e aquisição de mais destreza. Depois, surgiram contributos de âmbito relacional como a convivência com as incompatibilidades na equipa, empatia com o cliente e mais assertividade com o cliente e colegas. Por último, os contributos de âmbito afectivo, com mais controlo das emoções.

“Enquanto pessoa”, os participantes consideram que os contributos foram, principalmente, a consciência da imprevisibilidade, mais segurança em si, mais prudência e dúvidas relativas aos supervisores, especificamente, a sua capacidade de supervisão e se planeiam prejudicar os estudantes.

A **atenção** apresentou-se várias vezes, em diferentes categorias, porque os participantes perceberam que a sua falta **contribuiu** para os erros, e que a sua presença teria sido um **factor que os evitaria**. Revelou-se, igualmente, como uma das **estratégias para evitar erros de medicação** e como **contributo para o futuro profissional**. Desta forma, concluímos que a atenção é percebida pelos estudantes de enfermagem como factor essencial para a prestação de cuidados de enfermagem seguros.

Quanto ao **Erro como factor de dificuldade para a aprendizagem e o desenvolvimento** evidenciaram-se motivos “relacionados com outras pessoas” nomeadamente, os supervisores devido a feedback inadequado, correcção na presença de outras pessoas, serem factor gerador de stress, reprenderem e não proporcionarem reforço positivo. Também apontaram factores dificultadores da aprendizagem “relacionados consigo próprios” como a ansiedade e “relacionados com o contexto de ensino/aprendizagem vigente na ESEnfPD”: diminuição da classificação; diferença entre a teoria e a prática; falta de reflexão.

O erro cometido foi entendido como **Factor impeditivo da aprendizagem** porque prejudicou o desempenho posterior, a relação terapêutica e a classificação bem como

por provocar inibição subsequente no estudante, este ter a consciência de estar a errar e ter experimentado diminuição da sua percepção de auto-eficácia.

Concluímos, relativamente à **metodologia** deste estudo que a **investigação mista** se demonstrou adequada à investigação do fenómeno porque a natureza quantitativa informou a qualitativa e esta aprofundou e ilustrou os dados qualitativos. A saturação manifestou-se de duas formas: durante cada entrevista quando os participantes começaram a repetir informação e, no conjunto de entrevistados, com a repetição de ideias, descrições, significados e experiências. As **entrevistas online** foram uma forma eficaz de recolha de dados devido ao conteúdo obtido que reflecte à-vontade e reflexão por parte dos participantes.

Quando às **limitações** desta investigação, durante a discussão dos dados, apontámos algumas segundo as quais apresentaremos sugestões para outras investigações.

O número reduzido de participantes possivelmente influenciou a selecção dos testes estatísticos, os resultados da estatística inferencial e a extrapolação para outras realidades que não a estudada. Porém, o objectivo deste estudo foi estudar os fenómenos na ESEnfPD e não a extrapolação.

No factor “existência de UC em atraso”, podemos ter fragilizado os resultados obtidos por não termos diferenciado se se tratavam de UC teórico-práticas ou de ensino clínico.

O Alfa de Cronbach do DIT, mais baixo do que nos estudos encontrados, e a percentagem de questionários inutilizados, acima dos 15% indicados por Rest (1986), impõem cautela na interpretação dos resultados do desenvolvimento moral.

A não validação da análise de dados por metade dos participantes introduz um factor de fragilidade na análise qualitativa. Contudo, de acordo com a vontade e autorização dos mesmos, a sua informação permaneceu na investigação.

Implicações do Estudo

Atendendo aos resultados e às conclusões, apresentamos agora aquelas que consideramos serem as principais implicações desta investigação. Na base estão as seguintes assumpções: a segurança e o bem-estar do cliente; a aprendizagem e o desenvolvimento do estudante; a excelência dos cuidados de enfermagem.

O **planeamento da aprendizagem clínica** deve alicerçar-se na parceria entre as instituições (ESENfPD e serviços de saúde) e os supervisores (pedagógicos e clínicos) desde o desenho curricular, à definição de objectivos e competências a alcançar pelos estudantes bem como de estratégias de envolvimento de ambas as entidades de modo a harmonizar a relação entre a teoria e a prática com implicação de todos os intervenientes no processo.

Os supervisores clínicos devem ser cuidadosamente seleccionados entre os enfermeiros dos serviços atendendo ao intrínseco papel de modelo e às capacidades pedagógicas, uma vez que, como verificámos, os estudantes confiam nos enfermeiros a quem consideram um modelo de desempenho de papel.

Atendendo aos resultados obtidos aos constructos disposicionais e de desenvolvimento em estudo (percepção de auto-eficácia generalizada; locus de controlo; stress; desenvolvimento moral) e à sua influência na aprendizagem e na ocorrência de erros sugerimos o desenvolvimento de estratégias para aumentar a auto-eficácia percebida, a internalidade e o desenvolvimento moral e para diminuir o stress. Neste sentido, e como base de processo ensino/aprendizagem, advogamos uma relação pedagógica humanista, reflexiva, comprometida com o cuidar do estudante e, consequentemente, do cliente. Entre outras estratégias destacamos: estabelecimento de um clima de confiança e descontração com actividades formais e não formais que incluam supervisores pedagógicos, supervisores clínicos e estudantes de modo a que desenvolvam auto e hétero conhecimento; fomento nos estudantes de responsabilidade pela aprendizagem com autonomia na procura de conhecimentos; estímulo da pesquisa de evidência científica; feedback imediato ou o mais rapidamente possível dirigido ao acontecimento e não à pessoa; encorajamento e reforço positivo; discussões em grupo; partilha de tomada de decisão; responsabilização pelas consequências dos seus actos; momentos de avaliação formativa construtivos em que a auto e a hétero-avaliação propiciem auto-conhecimento e reforço das potencialidades; reflexão individual por escrito com diários de aprendizagem, relatórios semanais, portfólios, entre outros;

classificação do desempenho apenas no final da aprendizagem clínica com fomento da avaliação formativa no seu decurso; avaliação sumativa do desempenho apenas no final.

O medo tem de ser, o mais possível, eliminado para diminuir o stress e potenciar o eutress.

É necessário fomentar a formação pedagógica, teórica e prática, dos supervisores clínicos antes do início da aprendizagem clínica e da supervisão pedagógica no seu decurso. É também indispensável a consciencialização de que o estudante está em ensino clínico para aprender e não para demonstrar que sabe, ou seja, o seu estatuto é de quem aprende e não de quem dá provas de competências adquiridas.

O erro necessita de ser desmistificado e entendido numa abordagem de aprendizagem e de responsabilização em vez de culpa e punição, implicando uma mudança de paradigma e, portanto, uma postura diferente de todos os intervenientes,

Como não é possível aprender tudo em **período teórico** e na aprendizagem clínica há transferência de conhecimentos, a relação teoria/prática implica igualmente uma mudança de paradigma em que a primeira se baseie em princípios e conhecimentos chave, eventualmente, com menos conteúdos teóricos de patologia e fisiopatologia e mais exercícios e reflexões baseados em casos. Nessa mudança importa investir mais na aprendizagem a partir da prática. Privilegiem-se as práticas laboratoriais com incremento dos procedimentos psicomotores que desenvolvam a destreza e a segurança, incidindo também nas capacidades e competências de relação, comunicação, reflexão com casos para desenvolver capacidades de identificação de problemas, planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem bem como competências transversais e documentação dos cuidados. Estas práticas devem suceder não apenas antes da aprendizagem clínica mas durante a mesma sempre que se detectam erros de modo que o estudante adquira mais auto-confiança, auto-eficácia, segurança e perícia para acautelar a segurança do cliente e mais eficácia no processo ensino/aprendizagem.

Em período teórico deve ser abordada a problemática do erro na prestação de cuidados, mais especificamente, em que consiste, impacto e como agir quando ocorre. Sugerimos que os conhecimentos de farmacologia ocorram ao longo do curso e não apenas no seu início bem como o aumento da carga horária das unidades curriculares de ética, uma vez

que está demonstrado que a sua dinâmica estimula o desenvolvimento moral (Numminen & Leino-Kilpi, 2007).

Para a **aprendizagem clínica** propomos o mínimo de seis semanas uma vez que, como apresentámos na discussão dos resultados, quer pela evidência obtida quer pela literatura de pesquisa, uma duração inferior tende a não ser suficiente para a aquisição das capacidades e competências necessárias.

Após a atribuição de um cliente mas antes que o estudante lhe comece a prestar cuidados, deve ser proporcionado tempo adequado para que conheça e estude a respectiva história pessoal e clínica, incluindo situações patológicas e as terapêuticas bem como para estabelecer comunicação eficaz e adequada antes de começar a prestar cuidados globais, aspectos em que se registaram erros.

Em momento algum os estudantes podem estar sem supervisor no serviço; quando este se ausenta um enfermeiro ou docente deve substituí-lo na função. Os resultados demonstraram que o oposto ocorreu e contribuiu para erros cometidos.

Há que manter a supervisão rigorosa na preparação e administração de terapêutica incluindo no 4º ano. Antes de um novo procedimento, o estudante deve ser guiado com perguntas sobre a norma e respectivas bases científicas e ter a oportunidade de assistir a demonstração. Independentemente do ano, é de manter a reflexão oral e escrita. Verificámos que os erros de medicação são em maior número no 4º ano e que a supervisão era uma forma de os evitar, bem como as perguntas que orientam o raciocínio e as etapas seguintes dos procedimentos. É de sublinhar a necessidade dos estudantes confirmarem a medicação com rigor, dado que se apresentaram lacunas neste aspecto. Entendemos que é imperioso que a ESEnfPD estabeleça junto das instituições onde decorrem os ensinos clínicos critérios essenciais de manutenção da segurança dos clientes, com o cumprimento rigoroso por parte dos estudantes das normas e procedimentos para este efeito, nomeadamente o cumprimento da regra dos “cinco certos e de quem administra quem prepara.

O supervisor tem de estar atento ao desempenho do estudante tanto para lhe facilitar a aprendizagem mas, muito especialmente, para salvaguardar a segurança do cliente. Repare-se que foi no 4º ano que aconteceram mais erros importantes, como os de medicação. Em consequência, impõem-se duas implicações: 1) até ao final do curso os

estudantes estão na condição de quem aprende e não de profissionais, logo, e reiteramos, não devem prestar cuidados sozinhos, especialmente os que comportam elevados graus de risco, nem substituir os enfermeiros dos serviços; 2) a instituição formadora e a prestadora de cuidados são co-responsáveis pela formação dos estudantes de enfermagem e pelos seus erros (Carvalho, 2005; Fonseca, 2006). Ao supervisor pedagógico cabe a responsabilidade de definir estratégias de supervisão, relacioná-las com o contexto onde decorre o ensino clínico e desenvolver competências no supervisor clínico (Fonseca, 2006). É ainda deste supervisor a responsabilidade global do ensino clínico, exigindo-lhe que trabalhe em parceria com o supervisor clínico, conhecendo e fazendo respeitar as normas enquanto aos supervisores clínicos é imputada a responsabilidade de ser modelo, colaborar com o supervisor pedagógico, informar-se sobre o estágio do estudante e das suas competências e conhecimentos e respeitar as normas e regras da prestação de cuidados (Abreu, 2003), introduzindo o estudante na prestação de cuidados de enfermagem ao mesmo tempo que salvaguarda a segurança do cliente.

É imperioso continuar a estimular a responsabilidade de comunicação de um erro cometido, o que exige uma relação pedagógica aberta em que o estudante compreenda que o erro é uma forma de aprendizagem e não um evento determinadamente punitivo.

Importa manter a adaptação de horário de trabalhadores estudantes e fomentar estilos de vida saudáveis de repouso. Os estudantes que trabalham, mesmo em tempo parcial, podem necessitar de supervisão mais próxima consoante as necessidades individuais, uma vez que constatámos que cometeram mais erros de planeamento de cuidados e a tendência é para que os que dependem financeiramente do seu trabalho apresentem médias mais elevadas na maior parte das categorias dos erros.

Os estudantes não aprenderão mais por terem muitos clientes ou muitas actividades; pelo contrário, verificou-se que a sobreposição de tarefas contribuiu para a ocorrência de erro. Portanto, é de evitar a sobrecarga com clientes e tarefas, o que traz implicações para que no 4º ano os estudantes desenvolvam um método de trabalho com progressão nas exigências feitas, aumento gradual do número de clientes, cuja atribuição seja individualizada consoante as características e desenvolvimento de cada um. Há que manter os dias de ambientação ao contexto do serviço com início progressivo da prestação de cuidados, independentemente do ano.

Uma prática a incrementar é a elaboração do plano diário de actividades contemplando situações imprevistas, durante a semana e nos designados dias de reflexão na Escola que, para além dos habituais estudos de caso, necessitam centrar-se nos processos pedagógicos. Nestas reuniões é importante a presença conjunta de supervisores clínicos e pedagógicos.

Aquando da execução de um procedimento evite-se a aglomeração de colegas, pois a sua presença é um factor de stress e foi atribuído como factor que contribuiu para a ocorrência de erros.

As correcções devem ocorrer na ausência do cliente e, se possível, da equipa ainda que, em caso de erro, o estudante deva, ele próprio, relatar o sucedido à mesma. Desta forma, assegura-se o respeito do estudante como pessoa, com menor possibilidade de diminuição da sua percepção de auto-eficácia e mantendo a sua credibilidade junto do cliente. Porém, a equipa deve ter conhecimento do sucedido e, neste caso, há que comunicar com salvaguarda da dignidade do estudante.

A reflexão ética deve acompanhar as situações concretas ao longo da aprendizagem clínica desde a identificação à tomada de decisão e, em caso de erro, fazerem parte da reflexão. A bibliografia aponta para o efeito da reflexão ética no desenvolvimento moral e que os estudantes mais evoluídos a este nível tendem a ser melhores enfermeiros. O próprio erro deve também ser reflectido de um ponto de vista ético e legal como é sugerido pela Ordem dos Enfermeiros (2006).

Sublinhamos a importância da manutenção das reuniões de reflexão diária com enfoque no desempenho correcto e em que a análise dos erros se baseie em procedimentos intencionais potenciadores de aprendizagem e de desenvolvimento. Neste estudo, os estudantes entenderam que estas ocasiões favoreciam a aprendizagem com o erro cometido. Ainda em caso de erro, para além da reflexão oral, deve ser também efectuada por escrito, com incidência no que contribuiu para a ocorrência, as consequências, o que teria evitado e estratégias futuras para que não sucedam.

No conjunto dos estudantes, verificámos que há repetição de erros mas inconsistência de actuação por parte dos supervisores o que exige ponderação e linhas orientadoras que assegurem mais equidade, de modo que os estudantes não se sintam injustiçados e desmotivados e, ainda, para que todos tenham as mesmas oportunidades.

É, portanto, indispensável a uniformização de procedimentos supervisivos e de actuação junto dos estudantes com prática insegura e que cometem erro, desde a identificação dos seus problemas à avaliação. Com esta finalidade, propomos as guidelines de supervisão do estudante com prática insegura e de supervisão do estudante que cometeu um erro (Figuras Z1 e Z22, respectivamente) que elaborámos com base em várias propostas (Berman, 2006; Brown et al., 2007; Casey & Clark, 2011; Royal College of Nursing, 2009; Selton, 2012; Tanicala et al., 2011).

Os resultados obtidos, a abrangência dos constructos e a restrição do estudo à ESEnfPD levam-nos a sugerir focos e abordagens de **investigação futura**.

A metodologia mista mostrou-se adequada e deve ser mantida em estudos sobre o tema, dado que este beneficia de descrição e compreensão aprofundada dos fenómenos mas também da sua quantificação.

Entendemos que uma réplica desta investigação, incluindo um maior número de Escolas Superiores de Enfermagem permitirá o melhor esclarecimento da temática do erro dos estudantes em aprendizagem clínica em diferentes contextos com práticas pedagógicas semelhantes e diferentes.

É importante conhecer a percepção dos supervisores (pedagógicos e clínicos) sobre os erros dos estudantes bem como as práticas supervisivas que desenvolvem para lidar com a ocorrência assim como as suas necessidades de formação e desenvolvimento de competências relativas a este tema. Portanto, sugerimos investigação que incida nas práticas supervisivas, clínicas e pedagógicas, consoante a prática insegura e os erros dos estudantes.

Consideramos, atendendo às várias indicações de falta de conhecimentos indicadas pelos participantes, que deverá ser estudado se os conhecimentos que os estudantes detêm são adequados ao seu desempenho em aprendizagem clínica, como os mobilizam na prestação de cuidados, quais os existentes e os necessários que estão deficitários e de que modos se diagnosticam e se geram as lacunas a este nível.

Uma vez que os estudantes atribuem à classificação um estatuto tanto dificultador como impeditivo de aprendizagem com o erro, sugerimos investigação que aprofunde a

influência da avaliação formativa e sumativa na aprendizagem e no desenvolvimento dos estudantes de enfermagem.

Por fim, consideramos de muita importância o desenvolvimento de investigação para a implementação das guidelines sugeridas.

Referências Bibliográficas

- Abrahão, M. H. M. B. (2007). Estudos sobre o erro construtivo – uma pesquisa dialógica, 30, 187-207. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/viewFile/3557/2776>
- Abreu, W. C. (2003). *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que Parcerias para a Excelência em Saúde?* Coimbra: Formasau.
- Abreu, W. C. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas.* Coimbra: Formsau.
- Admi, H. (1997). Nursing students' stress during the initial clinical experience. *Journal of Nursing Education*, 36(7), 323-327.
- Agélli, E., Kennergren, B., Severinsson, E. & Berthold, H. (2000). Ethical dimensions of supervision: the supervisors' experiences. *Nursing Ethics*, 7(4), 350-359.
- Alarcão, I. (2001). Formação reflexiva. *Referência*, 6, 53-59.
- Alarcão, I. & Tavares, J. (2007). *Supervisão da Prática Pedagógica*, Coimbra: Almedina.
- Almeida, J. P. & Pereira, M. G. (2006). Locus de controlo na saúde: Conceito e validação duma escala em adolescentes com diabetes tipo I. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(2), 221-238.
- Amiguiño, A., Valente, A., Correia, H. & Mandeiro, M. J. (1997) – Formar-se no Projecto e pelo Projecto. In Canário, R. (Org.) (1997), *Formação e Situações de Trabalho*. (pp. 101-116). Porto: Porto Editora.
- Anacleto, T. A., Rosa, M. B., Neiva, H. M. & Martins, M. A. P. (2010). Farmácia hospitalar. Erros de medicação. *Farmacovigilância Hospitalar. Como Implementar*. Disponível em www.sbrafh.org.br/site/index/library/id/53.
- Andrew, S. (1998). Self-efficacy as a predictor of academic performance in science. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 596-603.
- Antunes, J. L. (2008). Prefácio. In Fragata, J. & Martins, L. (2008). *O Erro em Medicina*. (pp. 5-8). Coimbra: Edições Almedina.

- Armitage, G. (2005) Drug errors, qualitative research and some reflections on ethics. *Journal of Clinical Nursing*, 14(7), 869-875.
- Arndt, M. (1994). Nurses's medication errors. *Journal of Advanced Nursing*, 19(3), 519-526
- Arries, E. J. (2009). Interactional justice in student-staff nurse encounters. *Nurse Ethics*, 16(2), 147-160.
- Arvidsson, B.; Balgi, A. & Skärsäter, I. (2008). Changes in the effects of process-oriented group supervision as reported by female and male nursing students: a prospective longitudinal study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(3), 437-444.
- Augspurger, P. B.; Rieg, L. (1994). Pediatric clinical experience: preparation for the 21st century. *Journal of Nursing Education*, 33(9), pp. 426-427.
- Auvinen, J.; Suominen, T., Leino-Kilpi, H. & Helkama, K. (2004). The development of moral judgment during nursing education in Finland. *Nurse Education Today*, 24(7), 538-536.
- Bandura, A. (1985). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The Exercise of Control*. New York: Freeman.
- Barnard, A. G. & Dunn, S. V. (1994). Issues in the organization and structure of clinical education for undergraduate nursing programs. *Journal of Nursing Education*, 33(9), 420-422.
- Barros, J. H., Barros, A. M. & Neto, F. (1993). *Psicologia do Controlo Pessoal. Aplicações educacionais, clínicas e sociais*. Braga: Instituto de Educação–Universidade do Minho.
- Baxter, P. E. & Boblin, S. L. (2007). The moral development of baccalaureate nursing students: understanding unethical behavior in classroom and clinical settings. *Journal of Nursing Education*, 46(1), 20-27.

- Beadnell, C. (2006). Nurse education: our health depends upon it. *Australian Nursing Journal*, 13(7), pp. 25-27.
- Bebeau, M. J. (2004). The defining issues test and the four component model: contributions to professional education. *Journal of Moral Education*, 31(3), 271-295.
- Beck, D. L., Hackett, M. B., Srivastava, R., McKim, E. & Rockwell, B. (1997). Perceived level and sources of stress in university professional schools. *Journal of Nursing Education*, 36(4), 180-186.
- Beck, D. & Srivastava, R. (1991) Perceived level and sources of stress in baccalaureate nursing students. *Journal of Nursing Education*, 30(3), 127-133.
- Beletz, E. E. (1990). *Professionalization: a license is not enough*. St. Louis: Mosby Company.
- Benner, P. (1984). *From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Menlo Park: Addison-Wesley Publishing Company.
- Berbaum, J. (1993). *Aprendizagem e Formação*. Porto: Porto Editora, Lda.
- Bergh, I., Jakobsson, E. & Sjöström, B. (2007). Worst experiences of pain and conceptions of worst pain imaginable among nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 61(5), 489-491.
- Berman, W. (2006). When will they ever learn? Learning and teaching from mistakes in the clinical context. *Clinical Law Review*, 13(1), 115-141.
- Bevis, E. O. (1989). Accessing learning: determining worth or developing excellence- from a behaviorism toward an interpretive-criticism model. In Bevis, E. O., Watson, J. (1989). *Toward a Caring Curriculum: a New Pedagogy for Nursing*. (pp.261-303). New York: National League for Nursing.
- Bevis, O. E. (2005). O Curriculum de enfermagem enquanto educação profissional: alguns modelos teóricos subjacentes. In Bevis, O. E. & Watson, Jean (2005), *Rumo a um Curriculum de Cuidar. Uma Nova Pedagogia para a Enfermagem*. (pp.75-119) Loures: Lusociência.

- Björklund, A., Eriksson, K. H. & Jäntti, M. (2010). IQ and Family Background: Are Associations Strong or Weak? *The B.E. Journal of Economic Analysis & Policy*, 10(1). Disponível em: <http://www.econstor.eu/bitstream/10419/35958/1/609425757.pdf>
- Bonvalot, L. & Kaczmarak, I. (1991). Quatre filles dans leur école. *Révue de l'infirmiere*, 1, 11-13.
- Borrell-Carrió, Páez Regadera, Suñol Sala, Gil Terrón & Martí Nogués (2006). Errores clínicos y eventos adversos: percepción de los médicos de atención primaria. *Atencion Primaria Sociedad Española De Medicina de Familia y Comunitaria*, 38(1), 25-32.
- Brasil, V. V. (1997). O que dizem os enfermeiros sobre a observação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 5(3), 83-94.
- Brady, M. S. & Sherrod, D. R. (2003). Retaining men in nursing programs designed for women. *Journal of Nursing Education*, 42(4), 159-162.
- Bradbury-Jones, C., Sambrook, S. & Irvine, F. (2007). The meaning of empowerment for nursing students: a critical incident study. *Journal of Advanced Nursing*, 59(4), 342-351.
- Brown, Y., Neudorf, K., Poitras, C. & Rodger, K. (2007). Unsafe student clinical performance calls for a systematic approach. *Canadian Nurse*, 103(3), 29-32.
- Bruner, J. S. (2001). *A Cultura da Educação*. Porto Alegre: Artimed.
- Burger, J. M. (2006). Desire for control, locus of control, and proneness to depression. *Journal of Personality*, 52(1), 71-89.
- Burguess, R. G. (1997). *A Pesquisa de Terreno. Uma Introdução*. Oeiras: Celta Editora.
- Burón Orejas, J. (2000). *Motivacion y Aprendizaje*. Bilbao: Ediciones Mensajero.
- Byrd, C. Y., Hood, L. & Youtsey, N. (1997). Student and preceptor perceptions of factors in a successful learning partnership. *Journal of Professional Nursing*, 13(6), 344-351.

- Canário, R. (1999). *Educação de Adultos. Um campo e uma problemática*. Lisboa: EDUCA.
- Carvalho, R. (2002). *Parcerias na Formação. Papel dos orientadores clínicos*. Loures: Lusodidacta.
- Chabeli, M. M. (2010). Concept-mapping as a teaching method to facilitate critical thinking in nursing education: A review of the literature. *Journal of Interdisciplinary Health Sciences*, 15(1), 70-76.
- Chen, S. L., Liang, T., Lee, M. L. & Liao, I. C. (2011). Effects of concept map teaching on students' critical thinking and approach to learning and studying. *Journal of Nursing Education*, 50(8), 466-469.
- Cheung, R. Y-M.; Au, T. K-F. (2011). Nursing Students' Anxiety and Clinical Performance. *Journal of Nursing Education*, 50(5), pp.286-289.
- Cameron, M. E., Schaffer, M., & Park, H. (2001). Nursing students' experience of ethical problems and use of ethical decision-making models. *Nursing Ethics*, 8(5), 432-447.
- Campbell, E. T. (2008). Gaining insight into student nurses' clinical decision making process. *Aquichán*, 8(1), 19-32.
- Canales, M. (1994). Clinical education: a caring approach. *Journal of Nursing Education*, 33(9), 417-419.
- Canário, R. (1999). *Educação de Adultos: Um Campo e uma Problemática*. Lisboa: EDUCA.
- Carpenter, D. R. (2011). Ethical considerations in qualitative research. In Streubert, H. J. & Carpenter, D. R., *Qualitative Research in Nursing. Advancing the Humanistic Imperative*. (pp. 58-72), Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Carpenter, D. R. (2011). Triangulation as a qualitative research strategy. In Streubert, H. J. & Carpenter, D. R., *Qualitative Research in Nursing. Advancing the*

Humanistic Imperative. (pp. 352-362), Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Carvalho, R. (2002). *Parcerias na Formação. Papel dos Orientadores Clínicos*. Loures: Lusodidacta.

Carvalho, A. L. (2005) – *Avaliação da Aprendizagem em Ensino Clínico no Curso de Licenciatura em Enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget.

Casey, D. C. & Clark, L. (2011). Roles and responsibilities of the student nurse mentor: An update. *British Journal of Nursing*, 20(15), 933-937.

Casterlé, B. D., Gryphonck, M.; Vuylsteke-Wauters, M. & Janssen, P. J. (1997). nursing students' responses to ethical dilemmas in nursing practice. *Nursing Ethics*, 4(1), 12-28.

Chambliss, C. A.; Murray, E. J. (1979). Efficacy attribution, locus of control and weight loss. *Cognitive Therapy and Research*, 3(4), 349-353.

Chlan, L., Halcon, L., Kreitzer, M. J. & Leonard, B. (2005). Influence of an experiential education session on nursing students' confidence levels in performing selected complementary therapy skills. *Complementary Health Practice Review*, 10(3), 189-201.

Christensen, J. F., Levinson, W. & Dunn, P.M. (1992). The heart of darkness: the impact of perceived mistakes on physicians. *Journal of General Internal Medicine*, 7(4), 424-431.

Chubon, S. J. & Emihovich, C. (1984). *Socialization of Nursing Students for Professional Commitment: The Patriarchal Effect*. Paper presented at The Annual Meeting of the American Educational Research Association, New Orleans, USA.

Coimbra, S. & Fontaine, A. M. (1999). Adaptação da escala de auto-eficácia generalizada percebida (Schwarzer & Jerusalém, 1993). *Livro de Actas*. Braga: VII Conferência Internacional "Avaliação Psicológica: Formas e Contextos".

- Conley, D. & Glauber, R. (2008). All in the family? Family composition, resources, and sibling similarity in socioeconomic status. *Research in Social Stratification and Mobility*, 26, pp. 297–306.
- Conselho de Enfermagem (2003). *Divulgar: competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Cormier, L. S. (1988). Critical incidents in Counselor development: Themes and patterns. *Journal of Counselling and Development*, 67, 131-132.
- Correia, M. F. B. & Lima, A. P. B. (2001). As contribuições da psicologia cognitiva e a actuação do psicólogo no contexto escolar. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 14(3), 553-561.
- Costa, A. E. B. da (2002). *Auto-eficácia e Burnout*. Conferência no I Seminário Internacional sobre Estresse e Burnout, Curitiba, Brasil.
- Costa, I. M. A. R. (2009). *Trabalho por turnos, saúde e capacidade para o trabalho dos enfermeiros*. Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Ocupacional, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Craft, M. J. & Moss, J. (1996). Accuracy of infant emesis volume assessment. *Applied Nursing Research*, 9(1), 2-8.
- Creswell, J. W. (2009). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Thousand Oaks: Sage.
- Creswell, J. W. & Clark, V. L. P. (2011). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
- Cunha, M. et al. (2010). Atitudes do enfermeiro em contexto de ensino clínico: uma revisão da literatura. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.19/308>
- D’Espiney, L. (1997). Formação inicial/formação contínua de enfermeiros: uma experiência de articulação em contexto de trabalho. In Canário, R (Org.). *Formação e Situações de Trabalho*. (pp. 169-188). Porto: Porto Editora, Lda.

- D' Espiney, L. Paiva, A., Natividade, A., Figueiredo, M.C.B. & Bento, M. C. (2004). Implementação do processo de Bolonha a nível nacional: Grupos por área de conhecimento. Lisboa: ESSE de Calouste Gulbenkian de Lisboa.
- Dawson, M. S. (1994). Using locus of control to empower student nurses to be professional. *Nursing Forum*, 29(4), 10-15.
- Deary, I. J., Watson, R. & Hogston, R. (2003). A Longitudinal cohort study of burnout and attrition in nursing students. *Issues and Innovations in Nursing Education*, 43(1), 71-81.
- Dec-Lei nº 320/87, de 27 de Agosto
- Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro
- Decreto lei nº 104/98, de 21 de Abril
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (eds.) (1994). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Díaz Bordenave, J. & Pereira, A. M. (2008). *Estratégias de Ensino-Aprendizagem*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Dickson, C., Walker, J., & Bourgeois, S. (2006). Facilitating undergraduate nurses' clinical practicum: The lived experience of clinical facilitators. *Nurse Education Today*, 26, 416-422.
- Directiva 453/CEE.
- Diz, E. de F. D. & Gomes, M. J. A. R. (2008). Causas de erros de medicação. *Investigação em Enfermagem*, 18, 5-14.
- Donleavy, G. D. (2008). No man's land: exploring the space between Gilligan and Kohlberg. *Journal of Business Ethics*, 80(4), 807-822.
- Dossey, B. (2001). *Florence Nightingale: Mystic, Visionary, Healer*. Palestra em Washington National Cathedral, August 12, 2001, 4 P.M. Disponível em <http://www.dosseydossey.com/barbara/floranceLecture.html>
- Edwards, D., Burnard, P., Bennett, K. & Hebden, U. (2010). A longitudinal study of stress and self-esteem in student nurses. *Nurse Education Today*, 30(1), 78-84.
- Espada, A. P. S. S. (2004). *À Descoberta... Vivências e Contributos do Trabalho de Investigação Elaborado no Âmbito do CCFE para o Desenvolvimento dos*

Enfermeiros. Dissertação apresentada no âmbito de Concurso de Provas Públicas para Professor Coordenador. Ponta Delgada: Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada.

Evans, N. J., Forney, D. S. & Guido-DiBrito, F. (1998). *Student Development in College. Theory, Research, and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass.

Fawcett, J., Watson, J., Neuman, B., Walker, P. H. & Fitzpatrick, J. J. (2001). On nursing theories and evidence. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(2), 115-118.

Fernandes, O. (2006). *Entre a Teoria e a Experiência. Desenvolvimento de Competências de Enfermagem no Ensino Clínico no Hospital no Curso de Licenciatura*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Fonseca, M. J. L. (2006). *Supervisão em Ensinos Clínicos de Enfermagem. Perspectiva do Docente*. Coimbra: Formasau.

Ford-Gilboe, M., Laschinger, H. S., Laforet-Fliesser, Y., Ward-Griffin, C. & Foran, S. (1997). The effect of a clinical practicum on undergraduate nursing students' self-efficacy for community-based family nursing practice. *Journal of Nursing Education*, 36(5), 212-219.

Forneris, S.G. & Peden-McAlpine, C. (2007). Evaluation of a reflective learning intervention to improve critical thinking in novice nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 57(4), 410-421.

Fragata, J. & Martins, L. (2008). *O Erro em Medicina. Perspectivas do Indivíduo, da Organização e da Sociedade*. Coimbra: Edições Almedina.

Franco, J. J. S. (2000). Orientação Dos alunos em ensino clínico de enfermagem: Problemáticas específicas e perspectivas de actuação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 1, 32-50.

Franco, J. J. S. (2009). Os tipos de ensino no Curso de Licenciatura em Enfermagem: Opinião dos estudantes do 4º ano. *Referência*, 2(9), 35-39.

Frisch, N. C. (1987). Value analysis: a method for teaching nursing ethics and promoting the moral development of students. *Journal of Nursing Education*, 26(8), 328-332.

- Garrett, A., Manuel, D. & Vincent, C. (1976). Stressful experiences identified by nurses students. *Journal of Nursing Education*, 15(6), 9-21.
- Gibbons, C., Dempster, M. & Moutray, M. (2007). Stress and eutress in nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 61(3), 282-290.
- Gibbons, C., Dempster, M. & Moutray, M. (2009). Surveying nursing students on their sources of stress: a validation study. *Nurse Education Today*, 29(8), 867-872.
- Gomes, L. M. S. M. (1999). *Avaliação Psicossocial do Stress no Estudante de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Saúde Escolar. Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Gonçalves, M. E. S. C. L., Machado, M. G. C. S.; Raposo, M. M. D. S. & Machado, M. M. O. (2009). *Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada: Sua História e Estórias*. Ponta Delgada: Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada – Universidade dos Açores.
- Gould, B. & Masters, H. (2004). Learning to make sense: The use of critical incident analysis in facilitated reflective groups of mental health student nurses. *Learning in Health and Social Care*, 3(2) 53-63.
- Graber, M. (2005) Diagnostic errors in medicine: a case of neglect. *Joint Commission Journal on Quality and Patient safety*, 31(2), 106–113.
- Graber, M.L., Franklin N. & Gordon R. (2005) Diagnostic error in internal medicine. *Archives of Internal Medicine*, 165(13), 1493–1499.
- Grady, C. A., Stewardson, G. A., Hall, J. L. (2008). Faculty notions regarding caring in male nursing students. *Journal of Nursing Education*, 47(7), 314-323.
- Greany, A-M et. al. (2012). Research ethics application: a guide for the novice researcher. *British Journal of Nursing*, 21(1), 38-43.
- Gregory, D. M., Guse, L. W., Dick, D. D. & Russell, C. K. (2007) Patient safety: where is nursing education? *Journal of Nursing Education*, 46(2), 79-82.
- Grimes, P. W., Millea, M. J. & Woodruff, T. W. (2004). Grades – who's to blame? Student evaluation of teaching and locus of control. *Journal of Economic Education*. 35(2), 129-147.

- Gross, J. W., Aysse, P. & Tracey, P. (1993). A creative clinical education model: Three views. *Nursing Outlook*, 41(4), 156-159.
- Gould, B. & Masters, H. (2004). Learning to make sense: the use of critical incident analysis in facilitated reflective groups of mental health student nurses. *Learning in Health and Social Care*, 3(2), 53-63.
- Hagquist, C., Bruce, M. & Gustavsson, J. P. (2009). Using the Rasch model in nursing research: An introduction and illustrative example. *International Journal of Nursing Studies*, 46(3), 380-393.
- Harding, L. & Petrick, T. (2008). Nursing student medication errors: A retrospective review. *Journal of Nursing Education*, 47(1), 43-47.
- Harrison, A. W.; Rainer, R. K.; Hochwarter, W. A.; Thompson, K. R. (1997). Testing the self-efficacy – Performance linkage of social cognitive theory. *The Journal of Social Psychology*, 135(1), 79-87.
- Heintz, P. Jr. & Steele-Johnson, D. (2004). Clarifying the conceptual definitions of goal orientation dimensions: Competence, control, and evaluation. *Organizational Analysis*, 12(1), 5-19.
- Henderson A., Twentyman M., Eaton E., Creedy D., Stapleton P., Lloyd B. (2010). Creating supportive clinical learning environments: an intervention study. *Journal of Clinical Nursing*, 19(1-2), pp. 177-182.
- Higginson, R. (2006). Fears, worries and experiences of first-year pre-registration nursing students: a qualitative study. *Nurse Researcher*, 13(3), 32-49.
- Hosoda, Y. (2006). Development and testing of a Clinical Learning Environment Diagnostic Inventory for baccalaureate nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 480–490.
- Hughes, O., Wade, B. & Peters, M. (1991). The Effects of a Synthesis of Nursing Practice Course on Senior Nursing Students' Self-Concept and Role Perception. *Journal of Nursing Education*, 30(2), 69-72.
- Idczak, S. E. (2007). I am a nurse: Nursing students learn the art and science of nursing. *Nursing Education Perspectives*, 28(2), 66-71.

Instituto do Emprego e Formação Profissional – *Classificação Nacional das Profissões – CNP*. Disponível em: <http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Paginas/CNP.aspx>

International Council of Nurses (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

International Council of Nurses. (2012). *Position statement on patient safety*. Geneva, Switzerland: ICN.

Jackson, D. & Mannix, J. (2001). Clinical nurses as teachers: insight from students of nursing in their first semester of study. *Journal of Clinical Nursing*, 10(2), pp. 270–277.

Jeffreys, M. R. (2004). *Nursing Student Retention. Understanding the Process and Making a Difference*. New York: Springer Publishing Company, Inc.

Jones, A. (2006). Clinical supervision: what do we know and what do we need to know? A review commentary. *Journal of nursing Management*, 14(8), 577-585.

Jones, M. C. & Johnston, D. W. (1997). Distress, stress and coping in first-year student nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 26(3), 475-482.

Jorgensen, G. (2006). Kohlberg and Gilligan: due or duel? *Journal of Moral Education*, 35(2), 179-196.

Josso, C. (1991). *Cheminer vers Soi*. Lausanne: Editions l'Âge d'Homme.

Källmén, H. (2000). Manifest anxiety, general self-efficacy and locus of control as determinants of personal and general risk perception. *Journal of Risk Research*, 3(2), 111-120.

Kanji, N., White, A & Ernst, E. (2006). Autogenic training to reduce anxiety in nursing students: randomized controlled trial. *Issues and Innovations in Nursing Education*, 53(6), 729-735.

Karayurt, O. & Dicle, A. (2008). The relationship between locus of control and mental health status among baccalaureate nursing students in Turkey. *Social Behavior and Personality*, 36(7), 919-930.

- Kazaoka, T., Ohtsuka, K., Ueno, K. & Mori, M. (2007). Why nurses make medication errors. *Nurse Education Today*, 27(4), 312-317.
- Kihlstrom, J. F. & Harackiewicz, J. M. (1990). An evolutionary milestone in the psychology of personality. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory by Albert Bandura. *Psychological Inquiry*, 1(1), 86-92.
- Killam, L. A., Montgomery, P., Luhanga, F. L., Adamie, P. & Carter, L. M. (2010). Views on unsafe nursing students in clinical learning. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 7(1), 1-17.
- Kim, Y.-S., Park, J.-W., Son, Y.-J. & Han, S.-S. (2004). A longitudinal study on the development of moral development in Korean nursing students. *Nursing Ethics*, 11(3), 254-265.
- King, P. M. & Mayhew, M. J. (2004). Moral judgement development in higher education: Insights from the Defining Issues Test. *Journal of Moral Education*, 31(3), 247-270.
- Kneafsey, R. & Haigh, C. (2007) Learning safe patient handling skills: student nurse experiences of university- and practice-based education. *Nurse Education Today*, 27(8), 832-839.
- Knowles, M. S. (1980). *The Modern Practice of Adult Education*. Englewood Cliffs: Prentice Hall Regents.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M. & Donaldson, M. S. (2009). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington: National Academy Press.
- Koren, E., Goldberg, S., Shinder-Nekhamkin, A., Traister, L., Fridman, S., Azuly, S. & Sharabani, R. (2007) Study of errors among nursing students. *International Journal of Qualitative Methods*, 6(3), 71-98.
- Krawczyk, R. M. (1997). Teaching ethics: Effect on moral development. *Nursing Ethics*, 4(1), 57-65.
- Kukulu, K., Buldokoglu, K., Lulalaç, O. & Köksal, C. D. (2006). The effects of locus of control, communication skills and social support on assertiveness in female nursing students. *Social Behavior and Personality*, 34(1), 27-40.

- Kurban, N. K., Savas, H., Çetinkaya, B., Turan, T. & Kartal, A. (2010). Evaluation of nursing students' training in medical law. *Nursing Ethics*, 17(6), 759-768.
- Kushnir, T. (1986). Stress and social facilitation: the effects of presence of instructor on student nurses' behaviour. *Journal of Advanced Nursing*, 11(1), 13-19.
- Kyrkjebø, J. M.; Hage, I. (2005). What we know and what they do: nursing students' experiences of improvement knowledge in clinical practice. *Nurse Education Today*, 25(3). pp. 167-175.
- Kwekkeboom, K. L., Cheryl, C. & Joann, J. (2006). Impact of a volunteer companion program on nursing students' knowledge and concerns related to palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 9(1), 90-99.
- Lafuente, J. G. F. (1991). *Opinião de alunos e enfermeiros sobre os factores de caracterização do enfermeiro como modelo no estágio de enfermagem cirúrgica*. Dissertação apresentada no âmbito do 2º Curso de Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem, na Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Rezende. Lisboa.
- Laschinger, H. K. S. (1996). Undergraduate nursing students' health promotion counselling self-efficacy. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 36-41.
- Laskowski, C. (2001). The mental health clinical nurse specialist and the "difficult" patient: evolving meaning. *Issues Mental Health Nursing*, 22(1), 5- 22.
- Lauder, W., Reynolds, W., Smith, A. & Sharkey, S. (2002). A comparison of therapeutic commitment, role support, role competency and empathy in three cohorts of nursing students. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 9(4), 483-491.
- Leininger, M. M. (1993). Evaluation criteria and critique of qualitative research studies. In Morse, J. M., *Critical Issues in Qualitative Research Methods*. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
- Lincoln, E. G. & Guba, Y. S. (1992). *Effective Evaluation: Improving the Usefulness of Evaluation Results Through Responsive and Naturalistic Approaches*. San Francisco: Jossey-Bass.

- Lindahl, Lena, (2008) "Do Birth Order and Family Size Matter for Intergenerational Income Mobility? Evidence from Sweden." *Applied Economics*, 40, pp 2239-2257.
- Lindop, E. & Ed, C. (1999). A comparative study of stress between pre- and post-Project 2000 students. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4), 967-973.
- Lira, S. A. (2004). *Análise de Correlação: Abordagem Teórica e de Construção dos Coeficientes com Aplicações*. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Ciências à Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Liu, Y-C., Su, P-Y., Chen, C-H., Chiang, H-H. & Wang, K-Y., Tzeng, W-C. (2011). Facing death, facing self: nursing students' emotional reactions during an experiential workshop on life-and-death issues. *Journal of Clinical Nursing*, 20(5-6), 856-863.
- Lo, R. (2002). A longitudinal study of perceived levels of stress, coping, and self-esteem of undergraduate nursing students: an Australian case study. *Journal Of Advanced Nursing*, 39(2), 119-126.
- Lobo, A. C. M. (2008). *O erro na administração de medicação. Causas e factores contributivos e atitudes dos enfermeiros*. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre, VI Mestrado de Educação em Saúde, Universidade Aberta, Lisboa.
- Longarito, C. S. (2002). O ensino clínico: A importância da orientação e a construção do saber profissional. *Revista Investigação em Enfermagem*, 5, 26-33.
- Lopes, M. J. (1999). *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-moral. Alguns Dados e Implicações*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Lopes, M. J. (2004). Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Socio Moral dos Alunos Finalistas e dos Enfermeiros. Um estudo descritivo e comparativo. *Investigação em Enfermagem*, 10, 38-57.
- Lopes, M. J., Lourenço, O. (1998). Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: Alguns dados e implicações. *Análise Psicológica*, 4(16), 655-665.
- Lourenço, O. M. (1992). *Psicologia do Desenvolvimento Moral. Teoria, Dados e Implicações*. Coimbra: Livraria Almedina.

- Lourenço, O. (1998). Além de Piaget? Sim, mas primeiro além da sua interpretação padrão! *Análise. Psicológica*, 16, 521-552.
- Lourenço, O. M & César, M. (1991). Teste de definir valores morais de James Rest: pode ser usado na investigação moral portuguesa? *Análise Psicológica* 2(9), 185-192.
- Luczynska, A., Scholz, U. & Schwarzer, R. (2005). The General Self-Efficacy Scale: Multicultural validation studies. *The Journal of Psychology*, 139(5), 439-457.
- Malglaiive, G. (1995). *Ensinar Adultos*. Porto: Porto Editora, Lda.
- Mannix, J., Wilkes, L. & Luck, L. (2009). Key stakeholders in clinical learning and teaching in Bachelor of Nursing programs: A discussion paper. *Contemporary Nurse*, 32(1-2), 59-68.
- Mansoa, A. (2010). *O erro nos cuidados de enfermagem a indivíduos internados numa unidade de cuidados intensivos. Estudo de caso sobre as representações dos actores de uma unidade pós cirúrgica de um hospital português*. Dissertação apresentada no âmbito do 2º Mestrado em Saúde e Desenvolvimento, Universidade Nova de Lisboa.
- Marques, M. F. M. (2005). Entre a continuidade e a inovação. O ensino superior de Enfermagem e as práticas pedagógicas dos professores de Enfermagem. *Revista Lusófona de Educação*, 5, 153-171.
- Mateo, J. & Martínez, F. (2006) Más Allá de la medición y la Evaluación Educativa. Madrid. Ed. La Muralla.
- Martin, C. (1991). *Soigner pour Apprendre. Acquérir un Savoir Infirmier*. Paris. Editions L.E.P. Loisins et Pédagogie.
- Martin, D. L. (2008). *How to Survive Clinical: Advice from the Nursing Students and Teachers Who Have Been There*. New York: Kaplan Publishing.
- McGregor, A. (2005). Enacting connectedness in nursing education: moving from pockets of rhetoric to reality. *Nursing Education Perspectives*, 26(2), 90-95.

- McGregor, A. (2007) Academic success, clinical failure: Struggling practices of a failing student. *Journal of Nursing Education*, 46(11), 504-510.
- McKay, S. (1978) A review of student stress in nursing education programs. *Nursing Forum*, 17(4), 376-393.
- McLaughlin, K., Moutray, M. & Muldoon, O. (2007). The role of personality and self-efficacy in the selection and retention of successful nursing students: a longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing*, 61(2), 211-221.
- McMullan, M.; Jones, R. & Lea, S (2010). Patient safety: numerical skills and drug calculation abilities of nursing students and Registered Nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66(4), 891-899.
- Melander, S. & Roberts, C. (1994) Clinical teaching associate model: creating effective BSN student/faculty/staff nurse triads. *Journal of Nursing Education*, 33(9), 422-425.
- Meldrum, H. (2012). Wisdom through Failure: Exemplary Physicians Discuss Their Regrets. *Physician Executive*, 38(2), 26-31.
- Melo, R. C. C. P. (2005). Auto-conceito e desenvolvimento de competências relacionais de ajuda. Estudo com estudantes de enfermagem. *Referência*, 2(1), 63-71.
- Melo, L.; Lopes, J. C. (2013). *Regulamento dos Ensinos Clínicos do Curso de Licenciatura em Enfermagem*. Ponta Delgada: Escola Superior de Ponta Delgada – Universidade dos Açores.
- Merriam S. B. (1998). *Qualitative Research and Case Study Applications in education*. San Francisco: Jossey-Bass Publisher.
- Merriam, S. & Caffarella, R. S. (1999). *Learning in Adulthood. A Comprehensive Guide*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Mert, H., Kizilci, S., Ugur, O., Uçkigüçlü, O. & Segzin, D. (2012). Locus of control in nursing students on a problem-based learning program: A longitudinal examination. *Social Behavior and Personality*, 40(3), 517-526.
- Miasso, A. I., Silva, A. E. B. C., Cassiani, S. H. B., Grou, C. R., Oliveira, R. C. & Fakihi, F. T. (2006). O processo de preparo e administração de medicamentos:

- Identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(3), 354- 363.
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Miranda, G. L. (2005). Aprendizagem e transferência de conhecimentos. In Miranda, G. L. & Bahia, S., *Psicologia da Educação. Temas de Desenvolvimento, Aprendizagem e Ensino*. (pp. 235-262). Lisboa: Relógio D'Água Editores.
- Mole, L. J., Hogg, G. & Benvie, S. (2007). Evaluation of a teaching pack designed for nursing students to acquire the essential knowledge for competent practice in blood transfusion administration. *Nurse education in Practice*, 7, 228-237.
- Monsoa, A. (2010). *O Erro nos Cuidados de Enfermagem a Indivíduos Internados numa Unidade de Cuidados Intensivos. Estudo de caso sobre as representações dos actores de uma unidade pós-cirúrgica de um Hospital Português*. Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre no II Mestrado de Saúde e Desenvolvimento, Universidade Nova de Lisboa.
- Morrison-Beedy, D., Aronowitz, T., Dyne, J., & Mkandawire, L. (2001). Mentoring students and junior faculty in faculty research: a win-win scenario. *Journal of Professional Nursing*, 17(6), 291-296.
- Munhall, P. L. (1982). Moral development: A prerequisite. *Journal of Nursing Education*, 21(6), 11-15.
- Mustapha, S. L. & Seybert, J. A. (1989). Moral reasoning in college students: Implications for nursing education. *Journal of Nursing Education*, 28(3), 107-111.
- Nelms, T. P., Jones, J. M. & Grey, D. P. (1993). Role modeling: A method for teaching caring in nursing education. *Journal of Nursing Education*, 32(1), 18-23
- Ng, T., Sorensen, K. & Eby, L. (2006). Locus of control at work: a meta-analysis. *Journal of Organizational Behavior*, 27(8), 1057-1087.
- Numminem, O. H., Arend, A. & Leino-Kilpi, H. (2009). Nurse educators and nursing students' perspectives on teaching codes of ethics. *Nurse Ethics*, 16(1), 69-82.
- Numminem, O. H. & Leino-Kilpi, H. (2007). Nursing students' ethical decision-making: A review of the literature. *Nurse Education Today*, 27, 796-807.

- Ofori, R. & Charlton, J. P. (2002). A path model of factors influencing the academic performance of nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 38(5), 507-515.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Olson, R. K., Gresley, R. S. & Heater, B. S. (1984). The Effects of an Undergraduate Clinical Internship on the Self-Concept and Professional Role Mastery of Baccalaureate Nursing Students. *Journal of Nursing Education*, 23(3), 105-108.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Problemática da assinatura dos alunos de enfermagem, nos impressos de registo clínico de enfermagem*. Conselho Jurisdicional. Parecer CJ-67/2003.
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Tomada de Posição sobre Segurança do Cliente*. Documento elaborado pelo Conselho Jurisdicional da OE e aprovado na reunião do Conselho Directivo de 8 de Junho de 2006.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Fundamentos, processos, e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*. Caderno Temático – Modelo de Desenvolvimento Profissional. Conselho de Enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *REPE e estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Conselho Jurisdicional e Gabinete de Comunicação e Imagem.
- Östlund, U., Kidd, L., Wengström, Y. & Rowa-Dewar, N. (2010). Combining qualitative and quantitative research within mixed method research designs: A methodological review. *International Journal of Nursing Studies*. 48, 369-383.
- Otten, M. W. (1977). Inventory and expressive measures of locus control and academic performance: A 5-year outcome study. *Journal of Personality Assessment*, 41(6), 644-649.
- Pacheco, S. (2008). Stress e mecanismos de coping nos estudantes de enfermagem. *Referência*, 7, 89-95.
- Pacheco, S. (2008). *Desenvolvimento da Competência Ética dos Estudantes de Enfermagem: uma teoria explicativa*. Tese apresentada ao Instituto de Ciências

da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de doutor em Enfermagem. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

- Pagana, K. D. (1988). Stresses and threats reported by baccalaureate students in relation to an initial clinical experience. *Journal of Nursing Education*, 27(9), 418-424.
- Page, K & McKinney, A. A. (2007). Addressing medication errors – The role of undergraduate nurse education. *Nurse Education Today*, 27(3), 219-224.
- Palese, A., Saiani, L., Brugnolli, A. & Regattin, L. (2008). The impact of tutorial strategies on student nurses' accuracy in diagnostic reasoning in different educational settings: A double pragmatic trial in Italy. *International Journal of Nursing Studies*, 45(9), 1285-1289.
- Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paulino, M. N. S. (2007). Vivências e percepções do estágio nos estudantes de enfermagem. *Investigação em Enfermagem*, 6, 4-9.
- Pearson, J. C. (1986). Academic Women: How to Succeed in the University. In 72nd *Annual Meeting of the Speech Communication Association*. Disponível em <http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED277076.pdf>
- Peixoto, E. M. B. (1986). *Problem Solving Strategies and Dialectic Self-Monitoring in Mastery Learning and Conventional Instruction*. Dissertation submitted in fulfillment of the requirements for the doctoral degree in Education (Educational Psychology). Ponta Delgada: Universidade dos Açores.
- Peixoto, E. M. B. (1991). Auto-eficácia, compensação metacognitiva e desempenho sob condições de aprendizagem diferenciadas. *Revista Portuguesa de Educação*, 4(1), 37-49.
- Pereira, A. S. (2006). Stress e Doença. In Leal, I. (coord). *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. (pp.145-147). Coimbra, Quarteto Editora.
- Pereira, E. G. A. (2001). Diários de aprendizagem – Promoção da reflexão na prática clínica. *Investigação em Enfermagem*, 4, 12-19.

- Peterlini, M. A. S., Rocha, P. K., Kusahara, D. M. & Pedreira, M. L. G. (2006). Subjective assessment of backrest elevation: Magnitude of error. *Heart Lung*, 35(6), 391-396.
- Pettit, G.S., Keiley, M.K., Laird, R.D., Bates, J.E., & Dodge, K.A. (2007). Predicting the developmental course of mother-reported monitoring across childhood and adolescence from early proactive parenting, child temperament, and parents' worries. *Journal of Family Psychology*, 21, pp. 206-217.
- Piaget, J. (1971). *Seis Estudos de Psicologia*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1999). *Nursing Research. Principles and Methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ponton, M. K. (2002). Motivating students by building self-efficacy. *Journal of Professional Issues in Engineering Education and Practice*, 128, 54-57.
- Portaria nº 231/2006, II Série, de 18 de Janeiro.
- Portaria 799-D/99, de 18 de Setembro.
- Postic, M. (1990). *A Relação Pedagógica*. Coimbra: Coimbra Editora, Lda.
- Pryjmachuck, S. & Richards, D. A. (2007). Mental health nursing students differ from other nursing students: Some observations from a study on stress and coping. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(6), 390-402.
- Pulido-Martos, M., Augusto-Landa, J. M. & Lopez-Zafra, E. (2012). Sources of stress in nursing students: a systematic review of quantitative studies. *International Nursing Review*, 59(1), 15-25.
- Ramos, S. I. V. & Carvalho, A. J. R. (2007). Nível de stress e estratégias de coping dos estudantes do 1º ano do ensino universitário de Coimbra. *O Portal dos Psicólogos*. Disponível em <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0368.pdf>
- Rauen, K. (1974). The clinical instructor as role model. *Journal of Nursing Education*, 13(3), 33-40.
- Rego, I. E. (1996). Desenvolvimento do juízo moral. Os contributos de Jean Piaget e Lawrence Kohlberg. *Revista Arquipélago – Ciências da Educação*. 1, 145-168.

- Reid-Searl, K., Moxham, L., Walker, S. & Happell, B. (2008) Shifting supervision: implications for safe administration of medication by nursing students. *Journal of Clinical Nursing*, 17(20), 2750-2757.
- Reilley, D. E. & Obermann, M. H. (1999) *Clinical Teaching in Nursing Education*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.
- Rella, S., Winwood, P. C., Lushington, K. (2009). When does nursing burnout begin? An investigation of the fatigue experience of Australian nursing students. *Journal of Nursing Management*, 17(7), 886-97.
- Rest, J. (1979). *The Impact of Higher Education on Moral Judgment Development. Project Report 1*. Minnesota University, Minneapolis. Disponível em <http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED196763.pdf>
- Rest, J. (1986). *DIT manual: Manual for The Defining Issues Test*. Minneapolis: University of Minnesota.
- Rest, J. R., Narvaez, D., Bebeau, M. & Thoma, S. (1999). A Neo-Kohlbergian approach: The DIT and schema theory. *Educational Psychology Review*, 11(4), 291-324.
- Rest, J. R., Narvaez, D., Thoma, S. J. & Bebeau, M. J. (2000). A Neo-Kohlbergian approach to morality research. *Journal of Moral Education*, 30(4), 381-394.
- Rhead, M. M. (1995). Stress among student nurses: is it practical or academic? *Journal of Clinical Nursing*, 4(6), 369-376.
- Ribeiro, C. (2000). Em torno do conceito locus de controlo. *Máthesis*, 9, 297-314.
- Ribeiro, J. L. P. (1995) Adaptação de uma escala de avaliação da auto-eficácia geral. In: Almeida, L, Ribeiro, I (Edts.). *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. (pp.163-176). Braga: APPORT.
- Ribeiro, J. L. P. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ribeiro, L. F. (1995) *Cuidar e Tratar. Formação em Enfermagem e Desenvolvimento Moral*. Lisboa: EDUCA e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

- Roach, S. M. S. (1992). *The Human Act Of Caring (A Blueprint for the Health Professions Revised Edition)*. Ottawa: The Canadian Hospital Association.
- Roberts, D. (2010). Vicarious learning: A review of the literature. *Burse Education in Practice*, 10(1), pp. 13-16.
- Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J. & Garcia Jiménez, E. (1999) – *Metología de la Investigación Cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Rogers, C. (1986) *Liberdade para aprender em nossa década*. 2ª ed., Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda.
- Rosales, C. (1992). *Avaliar é Reflectir Sobre o Ensino*. Rio Tinto: Edições Asa.
- Rosen, L. M. (2000). Associate and baccalaureate degree final semester students' perceptions of self-efficacy concerning community health nursing competencies. *Public Health Nursing*, 17(4), 231-238.
- Royal College of Nursing (2007). *Guidance for mentors of nursing students and midwives. An RCN toolkit*. London: Royal College of Nursing. Disponível em http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0008/78677/002797.pdf.
- Rua, M. S. (2011). *De Aluno a Enfermeiro – Desenvolvimento de Competências em Contexto de Ensino Clínico*. Loures: Lusociência.
- Rubie-Davies, C. M., Peterson, E., Irving, E., Widdowson, D.; Dixon, R. (2010). Expectations of Achievement: Student, Teacher and Parent Perceptions. *Research in Education*, 83(1), pp. 36-53.
- Ruth-Sahd, L. A. (2011). Student nurse dyads create a community of learning: proposing a holistic clinical education theory. *Journal of Advanced Nursing*, 67(11), pp. 2445-2454.
-
- Sachs, B. (2011) Going from principles to rules in research ethics. *Bioethics*, 25(1), 9-20.
- Santos, A. P. S. (1995). *O Orientador de Estágio enquanto Facilitador da Aprendizagem. A Opinião dos Estudantes do 3º ano do Curso Superior de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada*. Ponta

Delgada: Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada. Dissertação apresentada no âmbito do Curso de Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem.

Santos, C. C. (2003). *Vinculação, Estudo e Aprendizagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Santos, J. O.; Silva, A. E. B. C., Munari, D. B. & Miasso, A. I. (2007). Feelings of nursing professionals after the occurrence of medications errors. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(4), 483-488.

Santos, A. E. & Padilha, K. G. (2005). Eventos adversos com medicação em Serviços de Emergência: Condutas profissionais e sentimentos vivenciados por enfermeiros. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(4), 429-433.

Sasat, S., Naiyapatana, W. & Arayathanitkul, B. (2002). Self-esteem and student nurses: A cross-cultural study of nursing students in Thailand and the UK. *Nursing and Health Sciences*, 4(1-2), 9-14.

Sawatzky, J.-A. V. (1998). Understanding nursing student's stress: a proposed Framework. *Nurse Education Today*, 18(2), 108-115.

Savoie-Zajc, L. (2003). A entrevista semidirigida. In Gauthier, B., *A Investigação Social. Da Problemática à Colheita de Dados*. Loures: Lusociência.

Scanlan, J. M., Care, W. D. & Gessler, S. (2001). Dealing with the unsafe student in clinical practice. *Nurse Educator*, 26(1), 23-27.

Schmidt, M. (1994). L'accompagnement pedagogique de l'etudiant en soins infirmiers. *Revue de l'infirmiere*, 17, 54-57.

Schmitz, N.; Neumann, W. & Opperman, R. (2000). Stress, burnout and locus of control in German nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 37(2), 95-99.

Schön, D. A. (1990). *Educating the Reflective Practitioner. Toward a New design for Teaching and Learning in the Professions*. San Francisco: Jossey-Bass Inc, Publishers.

- Schutt, M. A. (2009). *Examination of Academic Self-regulation Variances in Nursing Students*. Dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the doctoral degree in Education. University of South Alabama.
- Schwarzer, R. (2009). Everything you wanted to know about the General Self-Efficacy Scale but were afraid to ask. Disponível em http://userpage.fu-berlin.de/~health/faq_gse.pdf.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy Scale. In J. Weinman, S. Wright & M. Johnston (Eds.). *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor, Uk: Nfer-Nelson.
- Schweer, J. E. (1972). *Creative teaching in clinical nursing*. 2nd ed., St. Louis: Mosby Company.
- Seyedfatemi, N., Trafreshi, M. & Hagani, H. (2007). Experienced stressors and coping strategies among Iranian nursing students. *BMC Nursing*, 6(11). Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/6/11>.
- Shekton, E. N. (2012). A Model of Nursing Student Retention. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 9(1), 1-16.
- Shepherd, J. (2008). Adolescent student nurses: implications for retention. *Paediatric Nursing*, 20(3), 42-45.
- Sherrod, R.A., & Harrison, L. (1994). Evaluation of a comprehensive advisement program designed to enhance student retention. *Nurse Educator*, 19(6), 29-33.
- Shimizu, A. M. (2004). Defining Issues Test – 2: Fidedignidade da versão brasileira e ponderações acerca do seu uso em pesquisas sobre moralidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 17(1), 5-14.
- Shipton, S. P. (2002). The process of seeking stress-care: Coping as experienced by senior baccalaureate nursing students in response to appraised clinical stress. *Journal of Nursing Education*, 41(6), 243-256.

- Silva, C. F. (2000). *Distúrbios do sono do trabalho por turnos: factores psicológicos e cronobiológicos*. Braga: Edições Centro de Estudos em Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Silva, M. H. L. D. (2001). *O Erro no Ensino. Conceptualização e Estudo Empírico*. Coimbra: Universidade de Coimbra - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Dissertação de Doutoramento em Ciências da Educação.
- Simões, J. F. L., Belo, A. P., Fonseca, M. J., Alarcão, I. & Costa, N. (2006). Supervisão em ensino clínico de enfermagem: Três olhares cruzados. *Investigação em Enfermagem*, 14, 3-15.
- Simões, J. F.; Alarcão, I.; Costa, N. (2008). Supervisão em ensino clínico de enfermagem: a perspectiva dos enfermeiros cooperantes. *Referência*, 6, 91-108.
- Simmons, M. (2006). Effective Study Skills for Post-Secondary Education. *College Quarterly*, 9(2). Disponível em <http://www.eric.ed.gov/PDFS/EJ835405.pdf>
- Simpson, S. H. (2011). Demystifying the research process: Mixed methods. *Pediatric Nursing*, 37(1), 28-29.
- Sivberg, B. (1998). Self-perception and value system as possible predictors of stress. *Nursing Ethics*, 5(2), 103-121.
- Souza, I. & Souza, M. A. (2004). Validação da escala de Auto-Eficácia Geral Percebida. *Revista Universidade Rural. Série Ciências Humanas*, 26(1-2), 12-17.
- Spieker, C. J. & Hinsz, V. B. (2004). Repeated success and failure influences on self-efficacy and personal goals. *Social Behavior and Personality*, 32(2), 191-198.
- Stake, R. E. (2000). Qualitative case studies. In Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (eds.). *The Sage Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks: Sage Publications.
- Starr, L. (2010) Student errors on clinical placement: who takes the rap? *Australian Nursing Journal*, 19(5), 22.
- Stott, A. (2004). Issues in the socialisation process of the male student nurse: implications for retention in undergraduate nursing courses. *Nurse Education Today*, 24, 91-97.

- Stump, G. S. (2010). Development of a nursing student self-efficacy scale using item response theory. *Nursing Research*, 61(3), 49-58.
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da Saúde*. São Paulo: Artmed Editora S.A.
- Strauss, A. & Corbin, J. (2007). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Streubert, H. J. (2011). Designing Data Generation and Management Strategies. In Streubert, H. J. & Carpenter, D. R., *Qualitative Research in Nursing. Advancing the Humanistic Imperative*. (pp. 35-56) Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Symonds, J. E.: Gorard, S. (2010). Death of mixed methods? Or the rebirth of research as a craft. *Evaluation & Research in Education*. 23(2), 121-136.
- Tanicala, M. L., Scheffer, B. K. & Roberts, M. S. (2011). Defining pass/fail nursing student clinical behaviors phase I: moving toward a culture of safety. *Nursing Education Perspectives*, 32(3), 155-161.
- Tashakkori, A & Creswell, J. W. (2007). The new era of mixed methods [Editorial]. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(3), 3-7.
- Tavares, J. & Alarcão, I. (2005). *Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Taylor, S. J. & Bogdan, R. (1997). *Introduction to Qualitative Research Methods. A Guidebook and Resource*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Tennant, M. (1998) *Psychology and Adult Learning*. London and New York: Routledge.
- Thomas, E. J., Brennan, T. A. (2000). Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients: population based review of medical records. *BMJ: British Medical Journal*, 18(320), 741-744.
- Thorkildsen K.; Råholm M. (2010). The essence of professional competence experienced by Norwegian nurse students: a phenomenological study. *Nurse Education in Practice*, 10(4), pp. 183-188.

- Thorne, S. E. (1997). Praxis in the Context of Nursing's Developing Inquiry. In Thorne, S. E. & Hayes, V. E. (1997). *Nursing Praxis. Knowledge and Action*. (pp.IX-XXI). Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
- Tzeng, H-M., C-I,Yin & Schneider, T. (2013). Medication Error-Related Issues In Nursing Practice. *Medsurg Nursing*, 22(1), 13-50.
- Vala, J. (1986). Análise do Conteúdo. In Silva, A. S. & Pinto, J. M. – *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento.
- Valente, M. I. da P. (2002). Autoconceito nos estudantes de enfermagem, sua relação com a vinculação e algumas variáveis sócio-acadêmicas. *Pensar Enfermagem*, 6(1), 56-64.
- Valsecchi, E. A. S. S. & Nogueira, M. S. (2002). Fundamentos de enfermagem: Incidentes críticos relacionados à prestação de assistência em estágio supervisionado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(8), 819-824.
- van Woerkom, M., Nijhof, W. J. & Nieuwenhuis, L. F. M. (2002). Critical Reflective Work Behaviour: A Survey Research. *Journal of European Industrial Training*, 26(8), 375-383.
- Wan et al. (2012). Gender difference in academic performance of nursing students in a Malaysian university college. *International Nursing Review*, 59(3), 387-393.
- Watson, J. (1985). *Nursing. The Philosophy and Science of Caring*. Niwot: University Press of Colorado.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar – Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Wilson, F. L. (1999). Measuring morality of justice and care among associate, baccalaureate and second career female nursing students. *Journal of Social Behavior and Personality*, 14(4), 597-606.
- Wilson, M. E. (1994). Nursing student perspective of learning in a clinical setting. *Journal of Nursing Education*, 33(2), 81-86.
- Wolf, Z. R.; Ambrose, M. & Dreher, H. M. (1996). Experienced Nurses Concerning

- Harmful Outcomes Occurring After Medication Errors: A Comparative Study. *Journal of Professional Nursing*, 12(5), p. 322-329.
- Wolf, Z. R., Hicks, R. & Serembus, J. F. (2006). Characteristics of medication errors made by students during the administration phase: A descriptive study. *Journal of Professional Nursing*, 22(1), 39-51.
- Wood, T. L. (2004). *Males in nursing: Perceptions of their educational experience*. Dissertation submitted in fulfillment of the requirements for the doctoral degree in Education (Nursing Education). Saint Louis University.
- Woolley, A. S. & Costello, S. E. (1988). Innovations in clinical teaching. In National League for Nursing (1988). *Curriculum Revolution: Mandate for Change*. (pp.89-105). New York: National League for Nursing.
- Yang, H. & Thompson, C. (2010). Nurses' risk assessment judgements: a confidence calibration study. *Journal of Advanced Nursing*, 66(12), 2751-2760.
- Yung, H. H-p. (1997). The relationship between role conception and ethical behavior of student nurses in Hong Kong. *Nursing Ethics*, 4(2), 99-113.
- Zimmerman, M. T. (2010). *Examination of locus of control, health locus of control and their key predictors in urban vs. rural populations*. Dissertation submitted in fulfillment of the requirements for the doctoral degree in Education (Educational Psychology). Memphis: The University of Moemphis.